

**Univerzita Palackého v Olomouci**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**

**PŘÍPADOVÁ STUDIE NÁVAZNÉ A POKRAČUJÍCÍ  
TERAPIE U TĚŽKÉ FORMY OCD  
PO NEUROCHIRURGICKÉM ZÁKROKU**

**A CASE STUDY OF FOLLOW-UP CONTINUAL  
THERAPY FOR A SEVERE FORM OF OCD  
AFTER NEUROSURGERY**



**Rigorózní práce**

**Autor: Mgr. et Mgr. Jiřina Sámková**

**Olomouc**

**2014**

## **Prohlášení**

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Případová studie návazné a pokračující terapie u těžké formy OCD po neurochirurgickém zákroku“ vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V .....dne .....

Podpis .....

## **Poděkování**

Předkládaná rigorózní práce je svědectvím o propojenosti teoretického vzdělávání s praxí. Ráda bych na tomto místě poděkovala pracovišti Modrá laguna (psychiatrická ambulance a centrum duševní pohody), jmenovitě pak MUDr. Janu Cimickému, CSc., který mi jednak umožňuje praktikovat v jeho ordinaci (čímž si mohu ověřit a konfrontovat v praxi znalosti nabyté na Univerzitě Palackého) a rovněž je ochotný podělit se a předat své celoživotní zkušenosti. Trpělivě se mnou sledoval vývoj případu a navrhoval další možné cesty, když jsem se v práci s klientem dostala do slepé uličky. Zvláště velký dík mu patří za umožnění zácvičku do simplexní sofronizace. Dík patří i všem našim pacientům s OCD, neboť jejich osudy jsou zdrojem naší zkušeností a jsou tak nápomocní v léčbě těch, kteří teprve dveře naší ordinace otevřou.

Úvod	5
TEORETICKÁ ČÁST	
1. Problematika OCD	7
1.1 Vymezení diagnózy OCD	7
1.1.1 Projevy obsesí a kompulze	8
1.1.2 Etiologie a patogeneze	10
1.1.3 Průběh a prognóza	12
1.2 Diferenciální diagnóza	14
1.3 Fyziologické koreláty OCD v CNS	15
1.4 OCD z pohledu psychosomatiky	16
1.5 Dopady onemocnění na život pacienta	17
2. Podpůrné možnosti ovlivnění OCD	20
2.1 Možnosti prevence a včasné intervence	21
2.2 Akupunktura	22
2.3 Stigma a sebestigmatizace	23
3. Sofrologie	25
3.1 Teoretická východiska sofistologie	26
3.1.1 Hypnóza	28
3.1.2 Systematická desenzibilizace	31
3.2 Sofrologie v praxi (rozhovor s MUDr. Janem Cimickým CSc.)	32
3.3 Problematika zácviiku relaxačních technik	43
PRAKTICKÁ ČÁST	
4. Sofronizační relaxace pro terapii OCD	46
5. Případová studie	50
6. Diskuze	78

7. Závěry	86
Souhrn	87
Seznam použitých zdrojů a literatury	89
Přílohy	

## Úvod

Od počátku studia na Univerzitě Palackého v Olomouci jsem měla možnost pravidelně praktikovat v psychiatrické ambulanci Modrá laguna v Praze. Během těchto stáží jsem si začala uvědomovat, že nejen rozsah psychiatrických diagnóz je veliký, ale zároveň jsou též individuální odlišnosti v projevech a nelze tedy ve všech případech používat stejné způsoby terapie. Bylo pro mne velice přínosné, že jsem měla po celou dobu studia možnost konfrontovat teoretické poznatky s praxí. Již v počátcích mě zaujalo, že poměrně malou část z celkového spektra pacientů tvořily tak zvané „velké psychózy“, zatímco zřetelně narůstal počet osob s převahou příznaků úzkosti, deprese, stavů paniky a s prvky obsedantně kompulzivními. Pochopila jsem, že terapie právě těch posledně jmenovaných patří mezi ty nejvíce obtížné a nejhůře terapeuticky ovlivnitelné skupiny. Dnešní neuroleptika, nasazená včas a v minimální míře, relativně efektivně pacienty stabilizují a při relativně nízké medikaci jsou schopni se zařadit zpět do běžného života. Zmírňuje se jejich psychická tenze, zmenšuje se paranoidita a oslabuje se halucinatorní vnímání. Jiná situace je však právě u osob s OCD.

Ze statistiky ambulantní péče vyplývá, že každoročně narůstá počet poruch, které označujeme jako obsedantně kompulzivní, v celém širokém profilu jejich projevů. Ukázalo se, že právě tyto stavy patří k nejobtížnějším a jejich léčení vyžaduje skutečný komplex péče.

Zvláště jsem se dlouhodobě zaměřila na dva velmi složité případy, muže a ženy, které jsem popsala již ve své diplomové práci (Dvě případové studie chirurgického řešení těžké formy obsedantně kompulzivní poruchy). Oba dva pacienti trpěli několik let progredující formou OCD kontaminačního typu. Vyzkoušela se řada doporučených medicínských i psychoterapeutických postupů, přesto se však zdálo, že současné poznatky psychiatrie ani psychologie, včetně dlouhodobé psychoterapie, nasazení anxiolytik, antidepresiv a nakonec též neuroleptik, nedokážou působit na symptomatologii OCD zásadním způsobem a dlouhodobě. Bezmocnost v jaké se v tu chvíli nacházeli naši pacienti, ale také naše terapeutická snaha, vedla k hledání nových cest, jak do progredujícího onemocnění účinně zasáhnout.

Takovou novou cestou se ukázala být neurochirurgická operace. Oba zmiňované případy jsou až do jejího provedení a s malým přesahem popsány v mé magisterské diplomové práci, v níž jsem se snažila zmapovat současnou skutečnost v léčbě těžkých

OCD poruch v psychiatrické ambulanci, včetně těchto neurochirurgických zákroků a to u dvou pacientů, léčených v Modré laguně v Praze. Na tuto práci tedy nyní navazuje práce rigorózní, v níž se danou problematikou zabývám nadále, jelikož se ukázalo, jak rozdílné mohou být účinky kapsulotomie. V jednom případě (žena) se stav významně zlepšil. V druhém případě (muž) se stav sice zlepšil, nicméně ani reoperace nepřinesla takové výsledky, jako u případu prvního a bylo nutné hledat další možné intervenční cesty. Tato práce má za cíl zdokumentovat a předložit praktické postupy, které se nám v dosavadních zkušenostech osvědčily v práci s pacienty potýkajícími se s torpidní formou OCD.

# 1. Problematika OCD

## 1.1. Vymezení diagnózy OCD

Obsedantně kompulzivní porucha<sup>1</sup> je dle současně platné verze MKN – 10 řazena pod neurotické poruchy, jež patří v populaci k nejčastějším. V rámci systému ICD-10 ale nutková porucha u poruch úzkostných vůbec není uváděna. Systém DSM-IV známý svým odlišným systémem podřazování či seskupování onemocnění oproti našemu MKN-10, rovněž OCD charakterizuje trochu odlišným způsobem, nicméně faktem zůstává, že úzkost je hlavním a zásadním symptomem této poruchy, od něhož se odvíjejí symptomy další. Úzkost (obdobně jako strach, přičemž je již zavedenou praxí tyto emoce rozlišovat podle předmětu) patří do běžné emoční výbavy lidí a z evolučního hlediska lidem pomáhaly přežít. Anticipovat nebezpečí je dodnes jednou ze schopností samostatného jedince (děti například tohoto nejsou schopny v mnohých situacích a proto jsou také zranitelnější). Již Bowlby (1976) se o strachu vyjádřil jako o přirozené dispozici člověka. Pacienti, u nichž je diagnostikována F 42 mohou být tedy vystaveni zcela stejným pocitům úzkosti (myšleno z pohledu kvality) jako kdokoli z nás. Patologie je totiž shledávána v míře úzkosti (kvantita). Četnost výskytu (opakovaně), nepřizpůsobivost a nepřiměřenost této emoce dané situaci, neschopnost postiženého úzkost vědomě kontrolovat nebo potlačit racionálními vysvětleními spolu s vyhýbavým chováním postiženého, jsou charakteristické vlastnosti patologické úzkosti (Tress, Krusse, Ott, 2008). Na zmíněné pak nasedá závažná subjektivní nepohoda pacienta.

Jednotlivé nutkové jevy bez statusu nemoci se mohou přechodně vyskytnout u každého individua. Nutkové osobnosti rysy, které pomocí charakteristické triády, sestávající z čistotnosti, pořádnosti a svévolnosti, popsal již Freud, mají v určitých povoláních, kde jde o spolehlivost a přesnost, zvláštní význam (Tress et al., 2008)

Popisovaná prevalence u této poruchy je dle Praška (2008) 1,9 – 3,2%. S rizikem vzniku onemocnění se však celoživotně potýká asi 5,4 % osob.

Častější výskyt poruchy byl zaznamenán u žen. Úzkosti se obecně daleko častěji poddávají právě ženy, což je někdy vysvětlováno z evolučního hlediska, potřebou uchránit potomky a tím zachovat rod. Praško (2008) uvádí poměr výskytu OCD u žen vůči mužům 1,5 : 1. Uvádí rovněž, že až u 60% pacientů se porucha objevuje před 25. rokem života, u

---

<sup>1</sup> OCD – Obsessive compulsive disorder (angl.), TOC – Troubles obsessionnels compulsifs (franc.)

30% pacientů je propuknutí onemocnění datováno dokonce ještě dříve a to mezi 5. – 15. rokem života.

#### **F 42 – Obsedantně nutková porucha dle MKN-10 (1992)**

Hlavním rysem této diagnózy jsou opakované a nezastavitelné vtíravé myšlenky a nutkové činy, které v důsledku toho tyto osoby musí vykonávat. Vtíravými myšlenkami jsou nápady, představy nebo popudy, které znovu a znovu vstupují do mysli pacienta ve stále stejné formě. Pro pacienta jsou téměř vždy obtížné, v některých případech i děsivé a vyvolává to u něho značnou vnitřní tenzi. Snaží se jim často klást odpor, hledá způsoby jak vliv tohoto „teroru“ omezit, ale bez úspěchu. Považuje je však za své vlastní, ačkoliv jsou mimovolní a často odporné. (Aktuálně nový případ pacienta : již po několik měsíců vidí jasné postavy s konkrétními obličejí, které mu něco konkrétního nařizují, ale nemají charakter halucinací, vnímá je jako iluzi, nicméně musí jim vyhovět. Dosavadní terapie jen snížila jejich počet, základ potíží však zůstal.) Nutkové činy nebo rituály jsou stereotypní a stále opakované. Nemusí být nepříjemné, ani vést k realizaci užitečných úkolů. Jejich účelem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události<sup>2</sup>, často znamenající škodu pro postiženého, nebo jím vyvolané „katastrofy“, o níž se postižený domnívá, že by jinak z jeho laxnosti a jeho přičiněním nastaly. Jedinec obvykle považuje toto chování za bezúčelné nebo nesmyslné a opakovaně se pokouší mu odolat. A to i za cenu narůstající tenze a vnitřního pnutí, obav a výčitek svědomí. Úzkost je přítomna téměř vždy a zhoršuje se, pokud postižený nutkání odolá. F 42 zahrnuje anankastickou neurózu a obsedantně-kompulzivní neurózu.

Podle dominance jednotlivých obtíží rozlišujeme tyto formy:

F 42.0 – převážně obsedantní myšlenky nebo ruminace

F 42.1 – převážně kompulzivní rituály

F 42.2 – smíšené obsedantní myšlenky a jednání

##### 1.1.1 Projevy obsesí a kompulzí

OCD je porucha typická přítomností různorodých emocí, často protichůdných myšlenek a nápadného až bizarního chování, což vyvolává znepokojení a generuje stresové stavy jak u osoby s OCD tak v jejím okolí. Pacient je vtažen do nekonečného „souboje“, kolotoče, naplněného úzkostmi a nejistotou, kdy jedno vyvolává druhé a dochází k tzv. „zacyklení“,

---

<sup>2</sup> rovněž úzkosti, kterou představa možné nastalé situace v osobě stížené OCD vyvolává



stavu, kdy pacient nedokáže z obsesivně-kompulzivního cyklu vystoupit. Obsese nemocného posléze zcela ovládají, vnucují mu autoritativně své „požadavky“ navzdory jeho vědomí a uvědomování si nesmyslnosti počínání. Avšak i když se postižený v duchu brání a vnímá nesmyslnost (jinými slovy je zachován náhled pacienta) a přímou patologii těchto „požadavků“, není schopen je ovlivnit a nebo jim přímo zabránit. Prožívá to často jako zahanbující fakt.

OCD se objevuje zejména na terénu premorbidně obsedantní (anankastické) osobnosti, která se projevuje vytříbeným smyslem pro naprostý pořádek a řád, s tendencí k neustálým pochybnostem. Taková osobnost je ostýchavá, nejistá, s potřebou neustále si vše ověřovat. Často u těchto lidí nacházíme tendenci k rigiditě, tvrdohlavosti a zaměřenosti na detaily, proto se u nich mohou vyskytovat problémy se syntetickým myšlením. Anankastickou poruchu osobnosti od OCD odlišuje pervazivní povaha popsanych vzorců chování a také jejich menší závažnost.

Často se obsese projevuje stereotypním chováním, absurdními gesty a mimikou, které se objevují mimovolně, vnucují se a postižený rezignuje a ani se jim obvykle nesnaží zabránit. Projevy potíží jsou velice pestré, od nevinné a nenápadné akce až po nepříjemně prožívané rituály. V lehčích formách připomíná spíše dětskou hru : spočívá to třeba v tendenci nikdy nevstoupit na okraj chodníku, nešlápnut na lichou dlažební kostku či obrubník, nedotknout se nějakého objektu, kolem něhož se prochází apod. Je to rituál, který se nakonec tak mocně zahnízdí, že postižený pociťuje maximální až nesnesitelnou úzkost, pokud by tuto tendenci nenaplnil. U velkého počtu osob má tato potřeba jisté hranice, je to, jak již bylo řečeno, na hranici pouhé „hry“ a nejde tak o zdroj abnormní tenze. U osob s OCD je však situace jiná. V mnoha případech takováto „hra“ zastírá prohlubující se pocit zahanbení a neschopnost ubránit se něčemu, co podvědomě vnímá jako dětinské a nesmyslné. Tomu nahrává skutečnost, že lidé s OCD inklinují k magickému myšlení a často je přitahují tajemná a posvátná témata (tabu). To lze vysvětlit nedostatkem kontroly nad situací. Když ji nemáme, „začneme vidět a hledat znamení, někdy i falešná, abychom posílili svůj smysl kontroly“ (Whitson, „Pověřivost vyrůstá z nedostatku kontroly nad situací, 2008).

Vytvořené gesto či mechanický pohyb tvoří a představuje jakousi obranu, zrušení příkazu a v představě pacienta je to přijatelný způsob, jak potlačit úzkostný prožitek, který by přetrvával, kdyby vnitřnímu puzení nevyhověl. Zprvu si postižený třeba ani vědomě nepřipouští, že nevyhovění by způsobilo cosi nepříjemného a ohrožujícího, přesto však

paradoxně vykonává z počátku „nevinná gesta“. S rozvojem poruchy však prostřednictvím těchto gest již vědomě brání možnému neštěstí. Cooper (1996) zjišťoval obsese, které příbuzní (lidé v okolí) snášejí nejhůře a přišel s následujícím výčtem: obsese agresivního charakteru, obsese se sexuálním obsahem a ty, spočívající v rouhání se Bohu.

Obsese se může u člověka projevit v podstatě kdykoli, tedy v kterékoli době a v kterémkoli věku.

Obsesí je mnoho forem (Cimický, přednáška, 16.2.2013):

- *kreativní či intelektuální*: zejména abstraktní a symbolická, na první pohled připadají zvnějšku jako absurdní. Mohou být tvořeny opakujícími se dotazy a odpověďmi, nekonečnými pochybnostmi, ale může se také jednat o opakování slov, vět či čísel atd. Vypadají jako psychická dominance, většinou v tázavé podobě a zaujímají bez přestání celé pole myšlení. Obsahem může být konkrétní myšlenka (slovo, číslo, objekt), ale velice často jde o obsahy zcela abstraktní, metafyzické, náboženské, morální a podobně.
- *impulzivní*: velmi často je můžeme označit jako vtíravé, impulzivní fobie, obvykle spojené s gesty, které ač jsou absurdní, postižený je nedokáže odmítnout a musí vyhovět (třeba i nevhodné projevy, směšné a agresivní). Postižený pocítuje potřebu a zároveň i obavu či strach, že vysloví něco nevhodného, obscénního, autoagresivního (že vyskočí z okna) či něco heteroagresivního (že zabije vlastní dítě). Pravdou je, že přechod k vlastnímu naplnění takového aktu je výjimečný.
- *fobické obsese*: svým obsahem se velice blíží fobiím, ale liší se v absenci předmětu fobie. Obava je specifická, ale není spojená s potřebou či přítomností konkrétního objektu. Zde postačí pouhá myšlenka na takový předmět nebo na situaci a již se objeví velice silná úzkost. Nemocný si například zakáže dotknout se nějakého předmětu. Stačí však na takový objekt pomyslet a vtíravá úzkost jej ovládne. ( V našem případě byla tímto objektem popelnice jako symbol nečistoty a hrozícího nebezpečí). Tyto obsese se většinou dotýkají nemocí, mikrobů, špíny i jakéhokoliv osobního tělesného kontaktu, postižený se jim snaží vyhnout, protože přinášejí postiženému potřebu nekonečného umývání, čištění, ověřování a ujišťování.

### 1.1.2 Etiologie a patogeneze

Konkrétní faktor, který by byl odpovědný za rozvoj OCD dosud nebyl objeven a zřejmě ani neexistuje. V odborné literatuře se uvádějí jako spouštěče OCD několikere

oblasti, které spolu časově korespondují a nebo dokonce přímo patoplasticky spolupůsobí v okamžiku první ataky. Praško (2008, 30-31) je tématicky rozčlenil do následujících pěti kategorií: vrozené faktory, biochemické faktory, podmínky vývoje v dětství a výchova, rysy osobnosti, stres.

V některých rodinách je možné pozorovat vyšší incidenci výskytu OCD (či jiných úzkostných poruch). Svou roli zde jistě může sehrát učení či výchova, ale výsledky studií hovoří v první řadě ve prospěch dědičnosti, když konkordance (stejnost u obou) u monozygotních dvojčat je 80-90%, u dizygotních 10-15% a přibližně 15-17% příbuzných prvního stupně má rovněž OCD (Smolík, 1996).

Z hlediska teorie učení existuje pro nutkavé myšlenky obecná definice, že původně „neutrální“ myšlenka je asociována s nepodmíněným, úzkost vyvolávajícím stimulem. Naproti tomu má být za vznik nutkavých jednání odpovědná zkušenost, že úzkost, která je vždy spojována s neprováděním nutkavých fenoménů, odezní tehdy, pokud budou určitá jednání provedena (Tress et al., 2008, 231)

Biochemické faktory a poznatky o fyziologických korelátech této poruchy v CNS, umožňují dnes léčbu těch nejzávažnějších případů v rámci neurochirurgických pracovišť (Lišťák, 2009). Genetikou OCD se nyní zabývá (ve sdružení 21 výzkumných center) organizace The International OCD Foundation Genetics Collaborative (Hosák, Šilhán, Hosáková, 2013).

Není nikterak překvapující, že výchova a podmínky, v nichž dítě vyrůstá, zásadním způsobem ovlivňují konečný<sup>3</sup> obraz osobnosti. V rámci primární socializace je tak dítěti mimo jiné vštěpováno chování jistého způsobu, které odpovídá určitým zažitým normám. V rámci teorie učení to může vysvětlovat stav, kdy dítě imituje chování rodičů, kteří jsou nespornou autoritou. Získané vzorky chování si pak dítě odnáší do pozdějšího života. Jako nevhodná se jeví dle Praška (2008) perfekcionistická a nadměrně kritická výchova, s tendenčním potenciálem dítěte snažit se zabránit něčemu nepříjemnému (kritice, výtce ze strany rodičů, trestu). Jako i pravý opak se jeví chaotická bezlimitní výchova, která může dítě přimět vytvořit si jakýsi „vlastní“ řád, systém a to samozřejmě v oblasti, kterou může ovlivnit, což jsou zejména vlastní předměty, aktivity apod. Člověk, dospělý i dítě, má-li žít spokojeně, potřebuje pocit bezpečí, přijetí a snadné orientace, což usnadňuje, ne-li přímo

---

<sup>3</sup> Termín konečný, je zde použit spíše v intenci aktuální podoby osobnosti, v rozměru tady a teď, vztahující se k určitému časovému bodu (například k první atace OCD). Jinak je samozřejmě osobnost odrazem neustálé interakce vnitřních determinant a vnějších činitelů, kteří samy v neustálém pohybu, nedávají možnost zcela zakonzervovat osobnost a učinit ji neměnnou.

umožňuje, předvídat a správně se rozhodovat. Dle Malé, Růžičkové a Šoltésové (2002) začíná více jak v 70% případů tato porucha již v dětském či adolescentním věku (častější je zprvu u chlapců, v dospělém věku postihuje více ženy). „U dětských forem je typický nástup onemocnění mezi 7. a 12. rokem“ (Geller, Biederman, Jones, 1998 in Theiner, 2014). Začátek poruchy v takto mladém věku zanechává změny v mozkové tkáni. „Zobrazovacími technikami bylo zjištěno, že dospělí pacienti měli zvětšenou velikost nc. caudatus a zvýšený glukózový metabolismus (Baxter, Phelps, Mazziota in Malá et al., 2002) v korové orbitálně frontální oblasti a rovněž v nucleus caudatus (Baxter, Schwartz, Mazziota in Malá et al., 2002).

Stres bývá asi u 50% pacientů spouštěčem OCD, jejich porucha se tak rozvíjí překvapivě náhle a razantněji, než tomu bývá u druhé poloviny postižených, kde symptomy přicházejí pomalu a zhoršují se v dlouhodobějším časovém horizontu. Stres sám o sobě nemůže tuto poruchu způsobit, ale pokud jsou přítomny další výše uvedené okolnosti, může se stát pověstnou poslední kapkou, která rozhodne o inicializaci poruchy (Praško, 2008)

### 1.1.3 Průběh a prognóza

Průběh onemocnění bývá individuálně specifický, ale pozorujeme přece jen zásadní odlišnost v tom, zda rozvoj poruchy se objevuje najednou, náhle a s prudkou atakou příznaků (frustní typ), což může být pro okolí daleko nápadnější než v případě pozvolného objevování a rozvoje symptomů, jejichž závažnost a množství může v čase variovat a v některých obdobích dokonce i téměř vymizet, což navozuje dojem, že se věci dávají do pořádku. Stává se, že takové příznaky okolí buď zcela přehlédne a nebo jim nevěnuje pozornost a přímo je bagatelizuje. Následně se však příznaky objevují znovu, příp. se inovují a zpravidla se také jejich závažnost prohlubuje.

V obou případech však očividně dochází k rozvoji traumatizujících a ponižujících prožitků a pocitů, kdy je postižený puzen, aby vykonal nějaký akt, který sám vnímá jako zcela nesmyslný a absurdní. Cítí se trapně, směšně, ale není schopen puzení zastavit a zabránit. Je tím zahanben a připadá si ve srovnání s ostatními i méněcenný. Postupně se tyto stavy, většinou kompulze, projevují stále intenzivnější silou, takže pacient, který se zprvu pokouší bojovat nakonec resignuje a otrocky tyto rituály naplňuje a provádí.

U závažnějších forem dochází často v průběhu poruchy k vyčerpání pacienta. Typické jsou také projevy prokrastinace, týkající se i zcela jednoduchých aktivit. V důsledku obav

takový jedinec odkládá různé práce a povinnosti, což mu pak způsobuje značné pracovní a životní komplikace. V osobnosti můžeme při exploraci identifikovat tendenci ke zvýšenému sebeovládání, zdrženlivost v emotivních projevech (např. citové vazby, neschopnost vyjádřit něhu a lásku) a sníženou spontaneitu. Průběh nemoci také doprovází neustálé a typické vnitřní pochybování a celková nerozhodnost, navíc i ulpívavost na drobných detailech a zhoršená schopnost kritického syntetického myšlení.

Další komplikace přinášejí komorbidní onemocnění. To se týká zejména deprese, vyskytující se minimálně u 40% pacientů s OCD (Pindrman, 2008), doc. Látalová uvádí až 58% (přednáška, 5.12.2013) nebo Tourettova syndromu<sup>4</sup> (Záleský et al., 2005). Další komorbidita se vyskytuje u halucinací. Někteří autoři (Evers a Ellger, 2004 a Wieser et al., 1997 vše in Bareš, Kopeček, Brunovský, Horáček, 2005) hovoří až o 10 % halucinujících pacientů majících v anamnéze OCD. V naší ambulanci jsme zaznamenali i případ (viz), kdy prvky OCD byly doprovázeny pseudohalucinacemi či spíše iluzemi postav. Goff et al. (in Raszka, Praško, Adamcová, Kopřivová, Vyskočilová, 2008) zjistili vyšší výskyt disociativních prvků u osob majících v anamnéze OCD, oproti zdravé populaci i proti jiným úzkostným poruchám. Další autoři (in Raszka et al, 2008) detekovali zvýšený výskyt disociací u konkrétních forem projevů OCD (kontrolování, symetrie a přerovnávání, intruzivní<sup>5</sup> obsese). V současnosti lze také dohledat zmínky o zkoumání pravděpodobného vztahu toxoplasmózy a psychických poruch, konkrétně i OCD (prof. RNDr. Jaroslav Flegr, CSc., přednáška, 5.12.2013 nebo Flegr, 2011). Attwood (2008 nebo 2005) mluví až o čtvrtině osob s Aspergerovým syndromem, u nichž lze v anamnéze nalézt koexistenci OCD. Thorová (2006, 302-303) uvádí, že může dojít i k záměně Aspergerova syndromu s úzkostnými anebo anankastickými poruchami osobnosti. Při úzkostné poruše dochází k sebepodhodnocování a vyhýbání se společnosti podobně jako při Aspergerově syndromu. Anankastická porucha i Aspergerův syndrom a určité typy OCD se vyznačují přehnaným perfekcionismem, důrazem na formální pravidla a pedantností, což může vést k nepřesné diagnostice a tak je zejména v dětském věku, s ohledem na neukončený vývoj, vhodné pracovat s diferenciální diagnostikou.

Další komplikací může být těhotenství, které sice není onemocněním, nicméně považují za důležité na tomto místě zmínit i tuto eventualitu souběhu s OCD (případně i přímý vliv

---

<sup>4</sup> V některých případech začátku TS v dětství (s komorbiditou OCD) zůstávají v dospělosti přítomny kompulze, byt tiky ustoupily. (Záleský et al., 2005)

<sup>5</sup> Vtíravá, nutkavá, opakující se, často negativní

na propuknutí poruchy), neboť již diagnostikovanou poruchu může zhoršit (Talová, Látalová, Praško, Mainerová, 2014) a významně ovlivňuje možnosti léčby. Jak uvádí Strunzová (2005), je zpravidla možné 1. trimestr zvládnout za pomoci psychoterapie bez užívání farmak. Není-li to možné, jako bezpečná se jeví SSRI s výjimkou fluvoxaminu (tato výjimka platí pro období laktace). I tyto případy jsme v psychiatrické ambulanci pozorovali a úspěšně dovedli až k úspěšnému porodu. Individuální přístup je zde samozřejmostí. Mohou se vyskytnout případy (viz. praktická část diplomové práce), kde riziko pro matku převyšuje rizika pro dítě a farmaka musejí být nasazena i v 1. trimestru.

Není třeba dlouze zdůrazňovat, že výše uvedené komplikace mají zhoršující vliv na průběh i prognózu OCD.

## **1.2 Diferenciální diagnóza**

Obtíže v úspěšné a přesné diagnostice způsobuje i fakt, že projevy obsedantně-kompulzivní poruchy bývají přítomny u mnohých jiných, zejména úzkostných poruch. Smolík (1996) ve výčtu uvádí zejména panické poruchy, sociální fobie a specifické fobie, poruchu nálad a duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. Významné úzkostné stavy lze pozorovat i u prostého užití canabinolu (joint) a zejména u delšího zneužívání methamfetaminu (Pervitin). Pozornost je také potřeba věnovat poruchám autistického spektra, u nichž lze identifikovat některé projevy<sup>6</sup> shodně jako u OCD a dále i tomu, že i zvýšená pečlivost, přesnost, může být součástí osobnosti jako její rys. Pak ji lze při naplnění diagnostických kritérií eventuálně postihnout jako F.60.5 - anankastická porucha osobnosti. Pokud se bude jednat o dítě, bude situace o to složitější, že různé rituály jsou dlouho považovány za součást hry. Je tedy na dětském psychiatrovi, aby posoudil, zda určité projevy v chování dítěte jsou již za touto hranicí. Tam pak bývá namísto diferenciální diagnóza anankastické poruchy osobnosti a OCD, jelikož vývoj dětí není uzavřen a může být ještě velmi dynamický. Obě nosologické jednotky mohou mít svůj počátek v ranném dětství či adolescenci, je tedy pak na odborném posouzení, zda je úzkost pervazivní povahy a bude svědčit pro svůj široký záběr a těžko ovlivnitelný obsah spíše osobnostní poruše či naopak OCD. Diferenciální diagnostiku však nepředstavují pouze příbuzné neurotické poruchy ale také organické (posttraumatické, postinfekční), ale také již zmíněná intoxikace, expanzivní procesy nitrolební, endokrinní poruchy, mozková

---

<sup>6</sup> Jde zejm. o rigiditu, rituály, ulpívavost, zhoršená schopnost systematického myšlení

arterioskleróza, incidentní poruchy i některé rozvinuté formy schizofrenie<sup>7</sup> a depresivní epizody. Navíc v celé další řadě onemocnění se vyskytuje obsedantně kompulsivní chování<sup>8</sup> jako je tomu např. u Huntingtonovy nemoci (Praško, Doubek, Diveky, 2010), které může být velmi těžko ovlivnitelné (tamtéž), jako je tomu v některých případech OCD.

### 1.3 Fyziologické koreláty OCD v CNS

Dnešní možnosti zobrazovacích technik v medicíně umožňují v rámci duševních poruch (ale samozřejmě nejen těch) zkoumat funkční a fyzické změny v CNS.

U obsedantně-kompulsivní poruchy usuzujeme na klíčovou roli serotoninového<sup>9</sup> a dopaminového systému (jejich určité poruchy) a to se v důsledku podepisuje na funkcích takových oblastí jako jsou bazální ganglia, orbitofrontální kortex, přední cingulum a thalamus. (Westenberg, Fineberg, Denys, 2007).

*Vlastní název bazální ganglia se obecně používá ve vztahu k podkorovým jádrům telencefala, tvořícím základ předního mozku. Patří k nim corpus striatum, složené ze stria (nc. caudatus a putamen) a globus pallidus, dále substantia nigra a jádro subthalamické, kromě toho k nim někdy bývá počítáno jádro accumbens (Kulišťák, 2011, 144)*

Pujol et al. (2004) popisují dále zmenšený objem šedé hmoty v určitých oblastech mozku ( mediální frontální gyrus, orbitofrontální kortex a levá operkulo-inzulární oblast), zatímco bílá hmota nevykazovala výzkumně statisticky signifikantní odchýlení ve svém objemu proti skupině OCD nezatížených jedinců. V oblastech vykazujících zmenšený objem šedé hmoty, byl pozorován zvětšený objem cerebrospinálního likvoru. Absolutní zvětšení objemu šedé hmoty nebylo pozorováno, ale statisticky významné změny byly zachyceny v oblasti ve ventrální části stria (vč. nc. accumbens), putamen a předního mozečku. Zajímavý nálezn byl učiněn stran vlivu věku u OCD pacientů, kdy u nich nebyl pozorován úbytek hmoty v oblasti ventrálního stria, k němuž s postupujícím věkem dochází. Další zjištění se týkala propojenosti korových a podkorových oblastí, která byla abnormní oproti kontrolní skupině. U pacientů s agresivními obsesemi a kontrolujícími kompulzemi byla zjištěna pravostranná redukce amygdaly. Patogenezi OCD tedy zřejmě

---

<sup>7</sup> Nutno rozlišit, zda myšlenky pacient považuje za své vlastní, či naopak za cizí, vkládané mu do hlavy

<sup>8</sup> Mluvíme o něm tehdy, nedosahují-li projevy závažnosti OCD

<sup>9</sup> Serotonin zřejmě tlumí hyperaktivitu neuronů v orbitofrontálním kortexu (Westenberg, 2007)

podněcuje podle převládajících hypotéz striátum (defektní, nevyvážené či hypertonické – a do něj impulsy vysílající inzula), mozeček a amygdala.

#### **1.4. OCD z pohledu psychosomatiky**

Tak jak bylo již uvedeno výše v souvislosti problematiky běžné a patologické úzkosti (rozhodující je kvantitativní měřítko), hovoří i psychosomatika o kvantitativním rozdílu (nikoli tedy kvalitativním) při přeměně stavu od zdraví k nemoci.

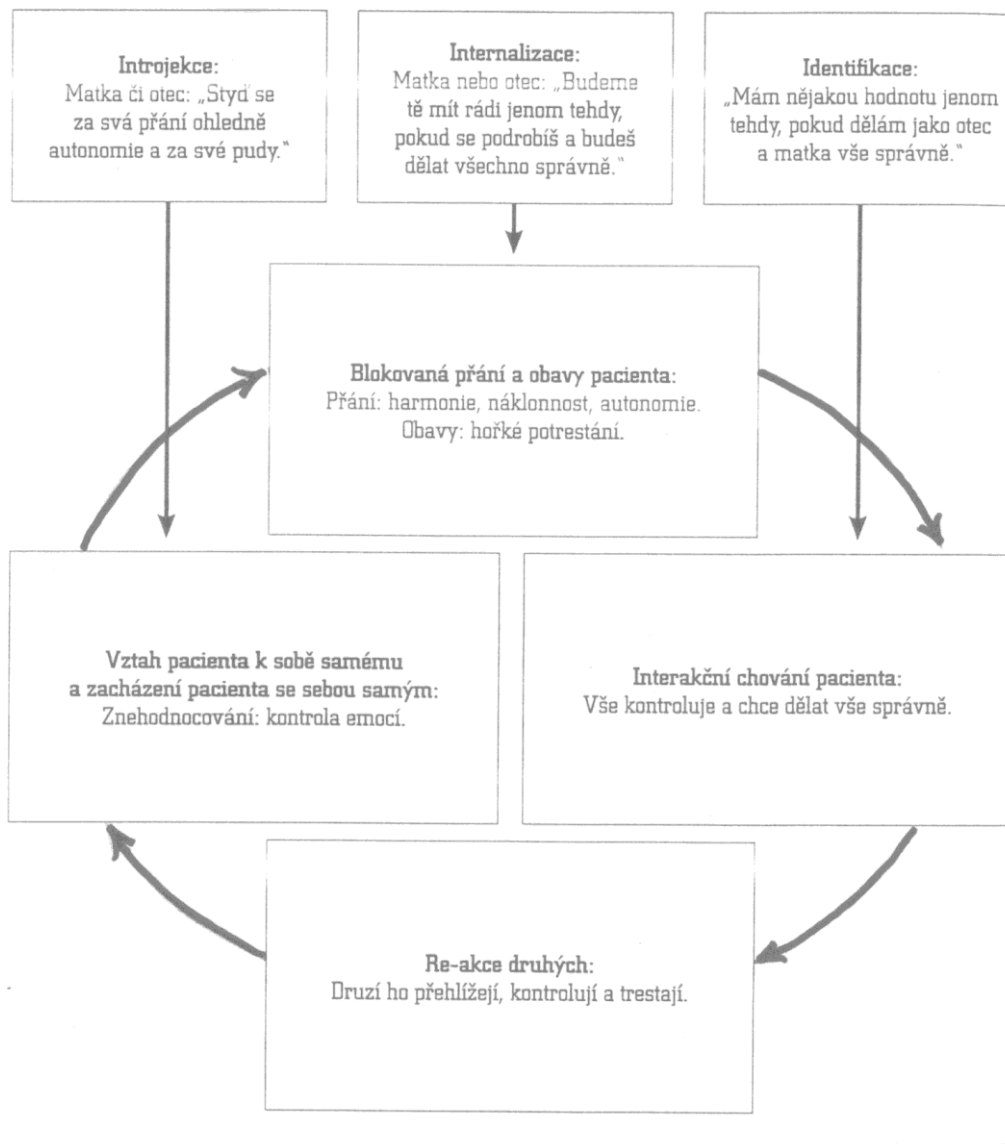
U nutkavých jevů jsou „symptomy vždy prožívány jako cizí, ego-dystonní, jako něco, co nepatří k ostatnímu prožívání. Na rozdíl od paranoidních stavů však nejsou kladeny do vnějšího prostoru, nýbrž jsou prožívány jako vzniklé uvnitř vlastní osobnosti“ (Tress et al., 2008, 230)

„Vztah člověka trpícího nutkavými neurózami ke svému lékaři je zatížen jeho potřebou kontroly, stále hlodajícími pochybnostmi a neschopností rozhodnout se. Pacient se snaží vyhnout jakékoli chybě a z věcného a racionálně založeného „vztahu“ k lékaři vyloučit a odstranit vše emocionální, tedy vše ohrožující a znejišťující. Symptomatika sama se často jeví jako nejasná či dokonce směšná. Agresivní pocity protipřenosu u lékaře – zvláště tehdy, jsou-li jen stěží potlačovány – jsou časné a vedou v maladaptivním uzavřeném kruhu často k zesílení symptomatiky pacienta, jelikož u něho zintenzivňují úzkost a pocity viny“ (Tress et al., 2008, 231-232).

Důležité je si uvědomit, že člověk s OCD nemusí být automaticky člověk s vysokou tendencí k prožívání úzkosti. Anxieta může být výrazným rysem pacientovy osobnosti, ale také může jít o člověka, který patologickou úzkost prožívá pouze v okamžiku, kdy se snaží bránit svým obsesivním myšlenkám. Stejně tak nemusí být nutkavé chování pouze symptomem OCD, ale může jít o osoby s jinými neurotickými diagnózami či s patologickými změnami na CNS. Ačkoli psychosomatika jako taková nepřináší do oblasti OCD žádné zásadní nástroje (klienti s OCD se v psychosomatických ordinacích vyskytují vzácně), byla v případě našeho pacienta velmi užitečná. Právě uvažování v jejích intencích nás vedlo k nápadu terapeutického využití technik pracujících se změnami hladin vědomí k ovlivnění tělesného prožitku. Od zlepšení tělesného stavu a větší míry pohody, jsme si slibovali mobilizaci sil a ovlivnění psychiky pacienta. Je známo, že pacienti s OCD mívají často problémy s tělesným schématem. Jinak lze v terapeutickém arzenálu psychosomatických ordinací rozpoznat běžné i méně rozšířené druhy terapií (viz. psychoanalýza a hlubinná terapie, behaviorální terapie, párová a rodinná terapie,



muzikoterapie, dramaterapie, psychodrama či teatroterapie, na tělo zaměřená terapie a další).



Obr. 1 Cyklicky–maladaptivní vztahový kruh pacientů s nutkavými neurózami (Tress et al., 2008, 232)

### 1.5 Dopady poruchy na život pacienta a okolí

Je zcela nepochybné, že každé psychické onemocnění nebo porucha přináší velmi citelný zásah do struktury života pacienta i jeho nejbližšího okolí. Obsedantně kompulzivní porucha nepatří mezi „smrtící“ choroby jako je třeba rakovina nebo jiné plíživě či frustně se rozvíjející tělesné onemocnění, přináší však ve své rozvinuté formě zcela devastující vliv do životního klidu a harmonie. Můžeme si to ukázat na příkladech několika dalších pacientů v naší psychiatrické ordinaci.

Oblast pracovní: Neexistuje povolání či zaměstnání, které by člověka chránilo před OCD, však v některých profesích se lehká forma může skrýt, dlouhodobě zůstat latentní a podivné počínání je přičítáno pečlivosti, pedanterii případně pouhé úzkostnosti. V naprosté většině případů však tato porucha postupně znemožňuje soustředění na práci, odvádí nezvladatelně pozornost, což vede k chybám a narůstání „restů“, kdy práce zcela přerůstá přes možnosti postiženého. V mnoha případech se pacienti vracejí do práce i po pracovní době nebo zůstávají v práci, a přesto nejsou schopni dokončit požadované úkoly. Pokud je onemocnění kombinováno s nutností vykonávat rituály, stávají se postižení nejen nápadnými, ale i centrem vtipkování a posměchu okolí. Pacient, který si musí několikrát za hodinu umývat ruce nebude nakonec vnímán jako „čistotný“, ale jako osoba vybočující z normy a stíhá ho nejčastěji posměch, prožívá pocit hanby, ponížení, není však přesto schopen své jednání obvykle ovlivnit. Pracovní nejistota se promítá do jeho výsledků, které potřebuje neustále osobně kontrolovat a vracet se k nim a pro pokračující OCD pak vyžaduje od okolí, aby po něm neustále kontrolovali jeho práci, což ostatní zdržuje a za jeho zády to vyvolává posměch. Toto vše je velice traumatizující, protože OCD není porucha, která by nějak poškozovala intelekt, vnímání či orientaci. Lidé se závažnější formou OCD končívají, zcela neschopni vykonávat práci, v invalidním důchodu.

*Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): Lékař, 35 let, s první atestací v oboru. Vždy působil jako suverénní a sebevědomý, vzhledem k malé postavě se snažil budit pozornost jiným způsobem, jezdil do nemocnice na velkém a silném motocyklu a „předváděl se“. Kolegové ho vnímali jako poněkud výstředního, ale chytrého a schopného lékaře. Náhle došlo ke znatelnému zlomu. Lékař zůstal v práci dlouho do noci, odcházel jako poslední před půlnocí, mnohokrát kontroloval všechny své dekurzy, opakovaně chodil za pacienty na pokoj a ujišťoval se, že se jim nic nestalo – což na nemocné působilo stresujícím dojmem – před odchodem několikrát navštívil službu konajícího lékaře a kladl mu na srdce, aby opět kontroloval jeho pacienty, v noci opakovaně telefonoval a ujišťoval se, že kolega opravdu pacienty kontroloval. Jeho postavení v nemocnici se stalo neúnosným a závodní lékař jej dal do dlouhodobé pracovní neschopnosti a posléze i do invalidního důchodu. Dnes lékař pracuje v administrativě zdravotní pojišťovny.*

Oblast rodinná: V okamžiku, kdy se otec rodiny či matka chová nápadně a nestandardně, vzniká celá řada interpersonálních problémů. Většinou se v první fázi projevuje jistá míra ochrannosti, okolí trpělivě a tolerantně vysvětluje, že tatínek či maminka mají moc práce, jsou unavení atd. Všichni se snaží vyhovět, naplňovat

submisivně i sebe nesmyslnější příkazy a zákazy. Mnohé úkoly přebírá často „zdravá“ část rodiny a snaží se zastoupit či nahradit chybějící článek. Podobně se stavějí i příslušníci starší generace, rodiče. Tolerance má však své meze a ve chvíli, kdy je již vzhledem k pokročilosti onemocnění a míře komplikací tím způsobených nesnesitelná, dochází i k rozpadům rodiny. Lze těžko zabránit, aby pubertální děti nevnímaly bizardně vypadající chování rodiče jako směšné a provokující a přirozená autorita se vytrácí. Kompulze, rituály, často rodinné klima zcela vyčerpávají. V literatuře jsou popisovány hospodyně, které nutí celou rodinu do neustálého úklidu, ač je všude úzkostlivě čisto a padne-li smítko, je třeba celý úklid opakovat...

*Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): žena, administrativní pracovnice, ve věku 45 let, ve vedoucí funkci, vždy měla sklon k symbolickému konání a vnímání skutečnosti, (vyhýbala se černým dlaždicím, obávala se číslice 13), byla pověřivá. V létě loňského roku se najednou její myšlení „přesmyklo“ a začaly se jí stále vracet nějaké věty či sousloví, často zcela beze smyslu. Byla nucena se zastavit a opakovat je třeba deset minut se stále zrychlující se kadencí a zvýšeným hlasem. Pokud byla přerušena, musela znovu opakovat, jako za trest a ještě si to dirigovat rukou. Paralelně s tím se začala obávat o zdraví všech a nutila je, aby se po každém příchodu domů všichni sprchovali a kompletně se převlékli. Aby byl doma klid, všichni tento teror respektovali. Dospívající dcera se na ní však dívala se stále větším zděšením, neodvažovala se jí však smát. Reagovala pláčem a to nakonec přimělo pacientku, aby se sama obrátila pro pomoc na psychiatrii.*

Oblast společenského života: OCD významně ovlivňuje a limituje i veškeré další aktivity, kulturní i sportovní. Vtíravá obava z onemocnění či nachlazení vede k přehnané snaze o ochranu zdraví, obvykle se stupňuje do monstrózních rozměrů. Různé dietní systémy zcela narušují přirozenou rovnováhu v organismu a zprostředkovaně tak oslabují přirozenou obranyschopnost – což pacient vnímá naopak jako důkaz své „teorie“ a snahy o zdravém životě. V případě, že se choroba projevuje především nevyvratitelnými pochybnostmi<sup>10</sup> a potřebou neustále ujišťování se, narušují se tím i další vztahy v okolí. Postižení se vzhledem ke svému postižení často dostávají do neřešitelných úzkostí, kdy musí opakovaně rušit schůzky a setkání a stávají se pro ostatní nespolehlivými. Svou nejistotu často skrývají za různé sběratelství, které by mělo být jakýmsi štítem.

---

<sup>10</sup> V tomto místě textu se nejedná o bludy (poruchy myšlení), nicméně určitá paralela je zde přítomna, proto odkazují na diferenciální diagnostiku a kvalitativní posouzení obsahu pochybností, myšlenek.

*Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): muž, podnikatel 36 let, uznávaný a schopný, dlouhodobě úspěšný ve svém oboru. Od vánoc v předloňském roce ztráta jistoty, narůstající pochybnosti, odchází z domova, zamkne a musí se vrátit a zkoušet kliku, lomcuje, až vycházejí sousedé podívat se, co se děje, je mu to trapné, ale musí pokračovat, když nakonec odejde, vrací se z poloviny cesty a jde se opět přesvědčit. Již dvakrát ulomil a vyviklal kliku, musel přivolat zámečníka a vysvětlit to jako náhodu. Přiznává, že již delší dobu musel neustále něco přepočítávat, někdy zcela nesmyslné řetězce čísel, které postupně odečítal a přičítal, což mu zabíralo mnoho času. Přestože si neustále vše kontroloval, opakovaně proměškal důležitá jednání a během tři měsíců ztratil i důležitou zakázku. Koupil si systém tří telefonů, vzájemně propojených, aby byl „neustále“ na příjmu...*

Oblast intimního života: Sexuální a partnerský život trpí velmi často. Většinou se nesoulad projeví přehnanou snahou po naprosté zdravotní jistotě a zdraví partnera, kdy je stupňován požadavek na laboratorní vyšetření na příklad viru HIV, což vede k pocitu nedůvěry a nakonec i k rozchodu a pocitu uraženosti. V rodinném intimním životě je frekvence sexuálních styků obvykle významně snížena a mnohdy i zcela vymizí.

*Kazuistika (Cimický, osobní sdělení, 5.6.2013): Dívka 22 let, vysokoškolačka, po jednom nezdařeném partnerství začala ji pronásledovat myšlenka, že je sama nakažená virem HIV, opakovaně s nechala vyšetřit a nutila i případné "zájemce a ctitele", aby před intimním sblížením předložili čerstvé negativní vyšetření viru HIV. Partneri ji obvykle jednou vyhověli, ale když požadovala za tři týdny nové vyšetření a zdůvodňovala to tím, že mohli mít styk i s někým jiným, než s ní, spontánně ji opouštěli...*

## **2. Podpurné možnosti ovlivnění OCD**

Rekurentní formy OCD vyžadují specifický přístup a často hledání alternativních způsobů, jak alespoň částečně těmto osobám ulevit. Takové přístupy samozřejmě nemusí být a zpravidla nejsou účinné stejným způsobem ve všech případech rezistentních forem OCD a v mnoha případech ani v komplexním rozsahu obsesivně-kompulzivní problematiky. Jestliže nejsilnější a dle studií nejúčinnější medicínsko-psychologický arzenál (farmaka, KBT, kapsulotomie) (citace) v některých případech nevyvolává dostatečnou odpověď, dostáváme se do situace, kdy hledáme v podstatě cokoli, čím lze pacientovi pomoci. Situace může připomínat stav, kdy uděláme krok dopředu a vzápětí dva zpátky. Je však potřeba si uvědomit, že tyto osoby velmi trpí a každé, byť malé zlepšení,

jim do života přináší nezměrnou úlevu a naději, že jejich problémy jsou sice sveřepé, nikoli však absolutně neměnné a že se musí najít přirozený způsob, jak je postupně oslabovat.

## **2.1 Možnosti prevence a včasné intervence**

Zpravidla nelze osobu s rizikem rozvoje OCD identifikovat v dostatečném předstihu rozvoje poruchy. Snad rodiče či třetí osoby znalé této problematiky, mohou u dítěte ve svém okolí rozpoznat určité rysy osobnosti či abnormity v chování, které by mohly v budoucnu v tuto poruchu vyústit. Takových případů je však poskromnu a vzhledem k tomu jaká prodleva se vyskytuje mezi propuknutím OCD symptomatologie a vyhledáváním pomoci u dospělých lidí. Připustíme-li si navíc, že výskyt OCD není sice zanedbatelný, ale také ne masivní jako u jiných onemocnění a psychiatrických diagnóz, nelze počítat s jakoukoli formou osvěty, která by pacienty přivedla dříve do péče odborníků. Existují však přesto situace, v nichž lze riziko rozvoje OCD zachytit a snažit se je alespoň v budoucnu eliminovat, či předat důležité informace, které napomohou rychlejšímu rozhodnutí v hledání pomoci.

Takovou situací je diagnostika onemocnění, které se často komorbidně vyskytuje s OCD. Tady je namístě v rámci anamnézy, klást cílené dotazy a odhalit možné rozvíjející nebo již existující OCD.

Další takovou situací je přítomnost dítěte v rodině, v níž jeden z rodičů trpí některou z forem OCD. Obecně riziko rozvoje u chlapců je o něco vyšší a nástup onemocnění bývá časnější než je tomu u děvčat. Informace, které zazněly na Celoslovenské vedecko – pracovní schodzy v Bratislavě, uvádějí až 10 krát větší riziko rozvoje OCD u dětí, jejichž rodič trpí touto poruchou (Šuba, Bogyaiová, Kopasová, Hradečná, Böhmer, 2005). Je tedy namístě s touto informací pracovat zejména v rámci péče pacienty s rekurentní formou, zvláště pak, pokud se dítě do rodiny narodilo již v době onemocnění rodiče. Klinické studie dle těchto autorů vykazují na rozdíl od studií kontrolovaných, ještě jednu zajímavou skutečnost a to sice, že pacienti s psychotickou OCD mívají slabší odezvu na léčbu než je tomu u pacientů s OCD bez psychotických symptomů (tamtéž). Pokud tedy dítě v rodině, zahrnující osobu s OCD vyrůstá, měla by se brát v potaz jednak možná genetická zátěž a tedy určitá pravděpodobnost predispozic k rozvoji takové poruchy (pokud jde o příbuzenský vztah v přímé linii), ale i zvažovat riziko učení nápodobou. Stengler-Wenzke, Trosbach, Dietrich a Angermeyer (2004 in Ocisková at al., 2014) popisují velmi pozvolné osvojování náhledu u dětí, kde poruchou OCD trpí jejich rodiče a popisují také často

symptomatologii a strategii zvládnání, která představuje izolaci od pacienta za účelem zachování vlastní duševní rovnováhy. S tím je potřeba počítat a pracovat na ošetření vztahu, aby se tento, např. „zdravý“ dítě a rodič (OCD) vlivem psychiatrické zátěže, nerozpadl. Zátěž v rodinách s OCS je totiž přibližně stejná jako v rodinách pacientů trpících schizofrenií (Schulze, Angermeyer, 2003 in Ocisková at al., 2014)

## 2.2 Akupunktura

V rámci širokého spektra terapie, využíváme v Modré Laguně i ty, řazené mezi alternativní, v léčbě jsou zavedeny již od roku 1987. Mezi ně patří především akupunktura.

Mezi poruchy, které se snažíme tímto způsobem ovlivnit patří i stavy, které objekt cítí jako nepříjemné fenomény či nepřijatelné pocity, které jsou mu cizí a které netvoří integrální součást jeho osobnosti. To znamená rozličné fobie a především stavy OCD.

Stimulace aktivních bodů, které vedou k harmonii psychiky, se ukázala jako nosná a při celkovém počtu 10 sezení ve frekvenci 1 x týdně se v 90% případů podařilo významně ovlivnit potíže, snížit potřebu léků a případně urychlit jejich působení. Tímto způsobem bylo sníženo kvantum předepisovaných anxiolytik a hypnotik téměř o 80%.

Významné se ukázalo spojení akupunktury a relaxačních cvičení na bázi sofronisace (viz. dále).

Postupem času se vytirovaly nejdůležitější akupunkturní body, jejich sestava vede k vyrovnanosti psychiky. Při konzultaci s čínskými odborníky na klinice v Hangzhou se ukázalo, že stejným způsobem došly k témuž výběru bodů i na tomto historickém tradičním pracovišti.

Jedná se o následující body:

IC 4 – čtvrtý bod dráhy tlustého střeva

C 7 – sedmý bod dráhy srdce

P 7 – sedmý bod dráhy plic

PC 6 – šestý bod dráhy osrdečníku

JM 17 – sedmnáctý bod přední střední dráhy

TM 19-20 spojené + korunka (devatenáctý a dvacátý bod zadní střední dráhy)

Případně + G 36 (třicátý šestý bod dráhy žaludku)

Tyto body se užívají i u systematické podpůrné terapie u OCD ve frekvenci 1 x týdně. Pacienti 30 minutového akupunkturním sezení sdělují, že pociťují větší vnitřní klid,

celkově se vnímají jako uvolněnější a po několik hodin je sníženo nutkání pokračovat v obvyklých rituálech.

### 2.3 Stigma a sebestigmatizace

Stigma jako tzv. „druhá nemoc“ je pro silně nepříznivé dopady na pacienta vnímáno jako samostatná problematika a zdroj dalšího utrpení (Finzen, 1996) pro samotného pacienta, ale také pro jeho nejbližší (pečující) osoby. O stigmatu psychiatrických pacientů toho bylo hodně napsáno, bohužel ani v dnešní době není možné říci, že by stigmatizující tendence vůči psychiatrickým pacientům byly potlačeny nebo vymýceny. Přispívá k tomu zejména zvláštní až bizarní chování nebo nápadný vzhled. Jedinec z většinové společnosti se pak cítí ohrožen, protože důvody takového jednání není schopen dovodit a situaci ovládnout stejně tak jako poznat hranice, kam až může nápadnost chování gradovat. Za takových okolností se samozřejmě cítí ohrožen.

Ocisková at al. (2014) shrnuli ve své práci důležitá fakta o stigmatizaci u obsedantně-kompulzivní poruchy. Stigma přináší osobě s OCD zhoršení kvality života (na níž má už tak vliv symptomatologie samotné poruchy), další problémy přináší v interpersonálních vztazích a také způsobuje finanční potíže spojené s uplatněním na pracovním trhu. Generuje se tak další narůstající stres a mizí postupně pocity naděje. Tím jsou pacienti s OCD silně ohroženi. Zejména u těžkých forem je boj s obsesemi a kompulzemi příliš vysilující, navíc se u těchto pacientů často objevuje introvertní osobnost a tendence k nejistému chování, defenzivní zdroje jsou tak malé a snadno vyčerpatelné. Pacienti (i ti s „běžnou závažností“) OCD navíc popisují často pocity viny a studu, což je dáno zachovaným náhledem (u této poruchy typický znak).

Pokud bychom chtěli shrnout stigmatem nejvíce dotčené oblasti, bude mezi ně dle Livingstona a Boyda (2010) patřit sebeúcta, naděje, pocit kontroly (nikoli kontroly ve smyslu kompulzí) a možnosti ovlivňovat dění kolem sebe, kontrolovat progresi symptomů a rovněž ovlivňovat aktivní účast při léčbě. Zdrženlivost při vyhledání odborné pomoci a problémy v aktivní účasti na léčbě lze vysvětlit strachem z psychofarmak (zejména u otravných a kontaminačních typů) ale i odmítáním psychoterapie z obav (k nimž může vést nedostatečná informovanost nebo senzitivní vztahovačnost) před „vymýváním mozku“ (Praško et al., 2011).

Tento nový fenomén se objevuje stále častěji ve všech ordinacích lékařů, protože paradoxně touha po širším poznání a dostupnost informací ( a často protichůdných

informací) na internetu zejména nejisté osoby ještě více zneklidňuje. Opakované medializované výzvy, aby každý pacient četl podrobně příbalový létak vedou často až k vnitřním konfliktním situacím. Konfliktní situace také nastává, když lékař ordinuje – na příklad pro masivní úzkost – lék, o němž ví, že bude účinný a pacientovi se uleví. Pacient si v lékárně vyzvedne lék – a tady nastává dramatická situace – přečte si totiž inkriminovaný příbalový leták a ke své hrůze zjistí, že doporučený a předepsaný lék může vyvolat a způsobit na 30 závažných komplikací a usoudí, že požití léku je nebezpečné a život ohrožující. Stojí před dilematem, zda lékaři ještě věřit a nebo rezignovat : buď změnit lékaře a nebo lék nebrat a předstírat před ordinujícím lékařem, že lék zabral a pacientovi je lépe! Dostává se tak do neřešitelné a nelogické situace. Na jedné straně chce dál věřit svému lékaři, na druhé straně se bojí lék užívat. Je v pasti. Právě tato nejednoznačnost v návodech na užití léků vede u pacientů s OCD k ještě větší nejistotě a zprostředkovaně prohloubení příznaků, protože se obávají léky užívat – buď kvůli obavě z návyku a nebo ze strachu z projevů nežádoucích účinků, které do sebe snadno absorbují. Statisticky lze předpokládat, že polovina pacientů si lék přesto vezme, ale bude s nejistotou a podezřením sledovat svůj stav. Bude často nalézat celou řadu uváděných potíží a na sobě je pozorovat. Druhá polovina odmítne takový lék brát, a bude se dále trápit svými potížemi. Pacient zprostředkovaně z tohoto stavu viní lékaře, kterému věřil a který mu předepsal nezodpovědně takový lék. Vzniká zřejmá porucha komunikace, nezaviněná ani lékařem ani pacientem, ale stojící mimo ně. Výsledkem je však narušení důvěry a vyrovnaného vztahu lékař kontra pacient. Na jedné straně tu stojí lékař, který není schopen se odpoutat od své erudice a zkušeností a trvá tedy na léku, který předepsal a o němž ví, že bude účinný. Uplatňuje svou autoritu. Na druhé straně je pacient, který nikoliv ze zlé vůle je vmanévrován do pozice pochybujícího, veden snahou pochopit, dozvědět a porozumět. Přitom však získává balast nesmyslných, zavádějících informací, které již nelze nijak validně ověřit. Výsledkem je narušený vztah lékaře a pacienta a pokračující trápení obou. (Cimický, Mounir, 2014)

Ocisková et al. (2014) také hovoří o přímé úměře mezi mírou sociální izolace pacienta, případně i jeho rodiny) a délkou OCD, přičemž platí rovnice, že čím později se s léčbou začíná, tím se její efektivita snižuje. Výraznou zátěž představuje zejména „internalizované stigma, které se podílí na horším psychickém stavu a nižší terapeutické odpovědi“ (Ocisková et al., 2014, 82). Tomu by mohly pomoci terapeutické skupiny nebo vhodně vedena individualizovaná psychoterapie. V rámci vedení pacienta by měla být informativní



pomoc (případně terapeutická) poskytnuta i pečujícím osobám (rodině). U těžkých forem OCD by pak tato rozšířená péče měla mít směřem k pečujícím osobám také podpůrný charakter. Pokud pacient není dostatečně sociálně zasít'ován je vhodné pracovat také s tématem osamělosti, která ale může osobu ohrožovat i v případech, kdy je obklopen milující rodinou, jelikož ta má někdy tendenci rituály odmítat či dokonce trestat v domnění, že tím pacientovi pomůže. Weiss (1973 in Tylová, Kuželová, Ptáček, 2014) rozlišuje osamělost sociální a emocionální, přičemž se tyto dva typy mohou vyskytovat samostatně či koexistovat. Tendence k osamělosti může být geneticky podmíněna (Boomsma, Villemssen, Dolan, 2005) a přináší s sebou vyšší míru úzkostnosti, studu, introverze a sníženou sebeúctu (Výrost, Slaměník, 1997).

Proto za velice důležitý prvek terapie můžeme pokládat i práci na zvyšování subjektivního sebevědomí, potlačování pocitu méněcennosti. Naším pacientům dáváme jednoduchý „recept“, který s nimi rozebíráme a vysvětlujeme.

1. Vyhrad' si čas jen pro sebe a poznej svoje silné stránky.
2. Neříkej o sobě negativní věci
3. Zapiš si, co je na tobě dobrého, na vzhledu i na povaze a řekni to sám sobě a nahlas před zrcadlem.
4. Přestaň si dávat za vinu všechno, co se nepovede.
5. Starej se o sebe alespoň tak dobře, jako se staráš o ostatní.
6. Přestaň se snažit všemu porozumět.
7. Nemysli na to, co nedokážeš, soustřed' se na to, co zvládneš.
8. Proč lpět na minulosti, dívej se do budoucna.
9. Nedělej si starosti s věcmi, které nemůžeš ovlivnit.
10. Věř svým přátelům a jestli tě někdo nemá rád, je to jeho problém...

### **3. Sofrologie**

Filosofické vědy (zejména psychologie) ale i vědy medicínské znají, pracují a při své práci přímo vycházejí z bio-psycho-sociálně-spirituálního modelu člověka. Je pravdou, že v praxi se můžeme setkat s různorodým přístupem k pacientovi/klientovi, ale vazby mezi fyzickým tělem, kognicí (zejména myšlením) a emocemi dnes veřejně sotva někdo popře a

v každé z dosud známých terapií nalezneme zaměření na některou ze zmíněných oblastí lidské existence.

Vycházejí ze zkušeností a znalostí našich výjimečných předků, seznamujeme se opět s jógou, buddhismem, zenem. I sofrologie se snaží lépe poznat sebe sama. Hlavním jejím cílem je rozvinutí osobnosti a pozitivní transformace lidské existence. Praktikovaná sofrologie pomáhá proniknout do vnitřního světa a do hlubších vrstev osobnosti, které pomáhá odkrýt. Zároveň je ale orientována zejména na lepší uvědomění si vlastního těla, což vede k „familiarizaci“, sblížení. Takový přístup pak nachází oporu zejména v oblasti psychosomatiky. Tělo je chápáno jako materiální, reálné a konkrétní. Tělo nám dává oporu a stává se záchytným bodem v době, kdy můžeme ztratit sami sebe a své kořeny (Loussouarn, 1986).

Ztrácíme také přehled o svém materiálním světě, pro který je naše tělo adaptováno a nezbývá nám než se snažit s menšími či většími problémy ustát nároky tohoto světa, kterému často a stále méně rozumíme, jehož znalosti a souvislosti můžeme stále hůře obsáhnout, tím ztrácíme jistotu a bezpečí, jakou sebou nese srozumitelnost toho, co se kolem nás děje.

Stále méně stojíme pevně na vlastních nohou a z toho plyne, že individuum, které nezná svou společenskou či rodinnou odpovědnost, má obvykle i velmi špatnou představu o vnímání vlastního těla (Loussouarn, 1986). „Svendsen (in Faleide, Lian, Faleide, 2010, 212-213) tvrdil, že klient se musí cvičit rozlišovat mezi „já“ a symptomem, aby tak dostal přiměřenější pohled na hranice svého těla. Je též podle něho zapotřebí pracovat s čistými emocionálními výrazy a rozlišovat mezi dobrými a sebezničujícími impulzy“. Lowen (tamtéž) přiznává, že nelze pracovat s pacientem na zlepšení jeho situace, aniž by tato práce zahrnovala postupy v rámci fyzické i psychologické úrovně.

### **3.1 Teoretická východiska sofrologie**

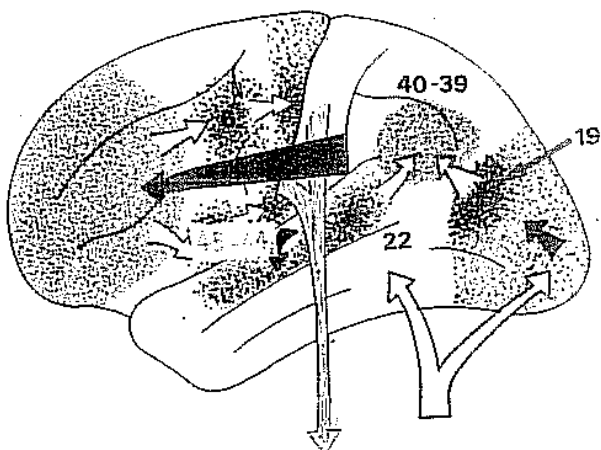
Za autora této relaxační techniky je považován profesor Alfonso Caysedo, který ji poprvé publikoval v šedesátých letech. Metoda je v literatuře často uváděna pod názvem « caysediánská sofrologie ».

Caysedo se narodil v roce 1932 v Kolumbijském hlavním městě Bogotě, univerzitní studia však již absolvoval ve Španělsku v Madridu, kde získal lékařský titul a specializoval se v chirurgii. Po té se však rozhodl pro neurologii a psychiatrii a stal se žákem významného španělského psychiatra profesora Lopeze Ibora . Pod jeho vedením se začala zabývat

hladinami vědomí a možnostmi jejich ovlivnění. Tehdy používané metody (insulinová komata a elektrošoky bez anesthésie) vnímal jako krutou terapii a začal hledat způsoby, které by umožnily ovlivnit přímo vědomí a prožívání v terapeutickém užití. Nejprve se zaměřil na hypnózu, ale velmi rychle pochopil, že je třeba hledat dál, protože klinická pozorování vždy neodpovídaly teoriím a navíc často jsou spojeny s něčím mysteriózním, což vzbuzuje nedůvěru. Proto použil termín sofrologie a v roce 1960 založil v Madridu na klinice profesora Lopeze Ibora první oddělení sofrologie. Od té doby se termín sofrologie vžil a užívá se jako humánní a moderní metoda terapie.

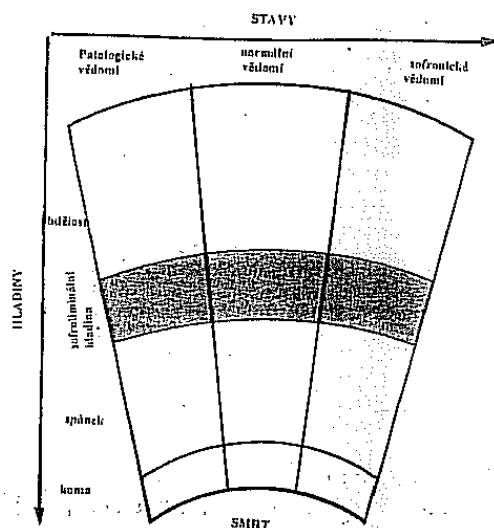
V té době začal Caycedo pracovat u otce fenomenologie profesora Ludwiga Binswagera ve Švýcarsku, kde byl přijat jako neuropsychiatr do sanatoria Bellevue v Kreuzlingenu. Stal se tak posledním Binswangerovým žákem a definitivně se zde začal věnovat svým výzkumům ovlivnění vědomí. Snaží se také popularizovat existenciální fenomenologii právě pomocí sofrologie. Za cíl si vytkl odhalení stavů a hladin modifikovaného vědomí, indujovaných terapeutem. Na popud Binswagera se v polovině šedesátých let vydává do Orientu, především do Indie, kde s pomocí velkých « jogínů » postupně odhaluje moc jejich technik. Podporován především L. Binswanger a bez sporu také svou manželkou Colette (Francouzka, zapálenou pro jógu) se A. Caycedo vydává do Orientu. V té době se v Himalájích setkává s jedním z lékařů 14. dalajlámy a seznamuje se s metodou „tummo“, která umožňuje vstup do modifikovaných hladin vědomí. Po té odjíždí do Japonska, kde studuje metody zazenu. Po návratu do Evropy publikuje první učebnici sofrologie, kde konstatuje, že lze poznatky Orientu adaptovat pro potřeby západní kultury. Filosofické či náboženské aspekty eliminuje a vytváří tak novou teorii, oproštěnou od příměsí. Sofrologie tak má sloužit především k humanistické terapii a profylaxi. Od té doby se sofrologická škola rozšířila do celé západní Evropy a využívá se s úspěchem v celé řadě oborů a směrů. (Caycedo, 1975)

Pro lepší orientaci v následujícím textu uvádím tato schémata.



Obr. 2 Symbolizace procesu řeči jako výrazu myšlení (Guirao, 1976, 220)

Slovní informace, ať už ústní nebo psaná, přichází do specifických oblastí sensitivních (označeny modře), odkud přechází do odpovídajících perceptivních areí (19 pro psané slovo a 22 pro mluvené slovo). Od obecné gnostické arey (39, 40), kde se uskutečňuje syntéza vnímání tělesného schematu, pomocí něhož se slovo identifikuje s různými souvislostmi, duševní proces se spojuje (černá šipka) s frontální korou (rozvažování), která studuje zprávu a nastínění odpovědi jak v mluvených slovech, tak i psaných. V oblasti 6 na úrovni druhého čelního závitů (pro psané slovo a v oblastech 44 a 45 Brocovo centrum). Pro mluvené slovo se plánuje motorická sekvence, která se provádí v oblasti 4 nebo hlavní motorické přes pyramidální dráhy (červená šipka). Tento sled s komplikovanými a četnými implikacemi, které jsme právě popsali pro proces myšlení (paměť, afektivita, limbická integrace...) se může považovat za syntetické schéma dynamiky myšlení (Guirao, 1976, 220).



Obr. 3 Hladiny a stavy lidského vedomí(Guirao, 1976, 220)

### 3.1.1 Hypnóza

Abychom lépe mohli porozumět relaxační technice sofrologii, připomeňme si některá fakta o hypnóze, která beze sporu patří mezi základní stavební kámen všech relaxačních technik, ač stále ještě ne zcela probádaná, v mnoha případech pomáhá v terapii a je účinnou zbraní v arsenálu psychologickém i psychiatrickém.

Můžeme si na jednotlivých stádiích hypnózy a na jejich klasifikaci ukázat podstatu rozdílu od sofrologie (Haumont, 1980). Hypnóza se odehrává v pohyblivém čase i

prostoru, který je těžké přesně popsat a označit. Může se tak zdát, že je zahalena tajemnem, v němž se pak člověk pohybuje mezi bdělostí a spánkem.

Liébeaultova klasifikace (posléze přijatá Bernheimem):

Liébeault odlišoval dvě hlavní stádia: lehký spánek a hluboký spánek nebo-li somnambulní. Spánek rozdělovat do čtyř stupňů (Haumont, 1980):

1. *stupeň: somnolence* – je charakterizována zpomaleností, malátností, strnulostí, sníženou citlivostí, útlumem, bezstarostností, těžknutím hlavy a obtížemi udržet otevřená víčka.
2. *stupeň: lehký spánek* - k příznakům prvního stupně již pozorujeme počátek katalepsie<sup>11</sup>, ale subjekt je ještě stále pánem situace a ovládá svá gesta a pohyby, zvláště je-li znejistěn (vsadím se, že to neuděláte)
3. *stupeň: spánek je hlubší* – subjekt je otupělý, ztuhlý, ochromený a nemá již vlastní vůli, aby zastavil automatismus svých gest a pohybů. Je ve stavu katalepsie.
4. *stupeň: spánek intermediární, katalepsie* – subjekt je fixován na hypnotizujícího. Při probuzení si ponechává pouze vzpomínku na to, co se odehrálo mezi hypnotizujícím a jím samým.

Hluboký spánek a somnambulní spánek je nejvyšší stádium, které Liébeault popisuje. Dělí jej do dvou stupňů:

1. *stupeň: obyčejný somnambulní spánek* – subjekt je závislý na vůli hypnotizujícího. Prožívá halucinace, které vymizí s probuzením, stav je typický totální amnézii.
2. *stupeň: hluboký somnambulní spánek* – subjekt je již zcela závislý na hypnotizujícím. Po probuzení následuje amnézie a případné post hypnotické podněty.

Bernheimova klasifikace (Haumont, 1980):

Bernheim klasifikuje jednotlivá hypnotická stadia na základě dvou kritérií: při probuzení je zachována vzpomínka x při probuzení není zachována vzpomínka.

V prvním případě rozlišuje 6 stupňů:

---

<sup>11</sup> Strnutí, ztuhnutí, nehybnost

1. *stupeň*: **subjekt je somnolentní a zpomalený, malátný** – přesto je zachována citlivost na některé podněty, např. teplo v různých částech těla, snížení nebo utišení bolesti
2. *stupeň*: **subjekt není schopen spontánně otevřít oči**
3. *stupeň*: **subjekt je zjevně ve stavu kataleptickém, ale je schopen se vzpamatovat, je-li mu to přikázáno**. Ještě stále je schopen ovládat svou vlastní vůli. Je pouze znehybněn do jisté strnulosti slovy hypnotizujícího
4. *stupeň*: **subjekt již není schopen změnit postoje, imputované mu slovy hypnotizujícího**. Je ve stadiu **katalepsie**. **Vůle** subjektu je **zcela potlačena**.
5. *stupeň*: subjekt je ve stadiu **katalepsie**. Hypnotizující může vyvolat **rotační pohyby** horních končetin (zejména), svalové kontrakce. Na popud hypnotizujícího není subjekt schopen otevřít ústa (nebo je zavřít), rozevřít dlaně a nebo je zavřít, pokrčit předloktí k paži
6. *stupeň*: pacient **poslouchá** naprosto **automaticky pokyny** hypnotizujícího: vstane, chodí, zastaví se

Bernheim popisuje druhé hlavní stadium, kdy subjekt má při probuzení amnézii, která může být totální nebo pouze parciální.

1. *stupeň*: subjekt si nevzpomíná při probuzení vůbec na nic, je to amnézie, ale bez přítomnosti halucinací
2. *stupeň*: subjekt může mít halucinace během spánku, ale nikoliv potom
3. *stupeň*: subjekt může mít halucinace během spánku a též po něm (posthypnotické pokyny), při probuzení je totální amnézie.

Potřeba klasifikovat hypnózu není jen záležitostí Francie, v anglosaské oblasti je nejužívanější klasifikací především podle Davida a Husbanda. Měří se následovně (Haumont, 1980)

<u>Hloubka</u>	<u>Stupeň</u>	<u>Test odpovědi na pokyny</u>
<i>Necitlivý</i>	0	
<i>Hypnabilní</i>	1	
	2	<i>relaxace</i>
	3	<i>chvění víček</i>
	4	<i>zavření očí</i>
	5	<i>kompletní fyzická relaxace</i>

<i>Trans</i>	6	<i>katalepsie očí</i>
<i>Lehký</i>	7	<i>katalepsie končetin</i>
	10	<i>katalepsie, komplexní rigidita</i>
	11	<i>„rukavicová“ necitlivost</i>
<i>Trans střední</i>	12	<i>částečná amnézie</i>
	15	<i>posthypnotická amnézie</i>
	17	<i>změna osobnosti</i>
	18	<i>jednoduché posthypnotické pokyny</i>
	20	<i>pohybové iluze, kompletní amnézie</i>
<i>Hluboký trans</i>	21	<i>možné otevřít oči bez přerušení transu</i>
	23	<i>zvláštní posthypnotické pokyny</i>
	25	<i>kompletní somnambulismus</i>
	26	<i>pozitivní zrakové halucinace posthypn.</i>
	27	<i>pozitivní sluchové halucinace posthypn.</i>
	28	<i>systematická posthypnotická amnézie</i>
	29	<i>negativní auditivní halucinace</i>
	30	<i>vizuální negativní halucinace</i>
		<i>hyperesthésie<sup>12</sup></i>

### 3.1.2 Systematická desenzibilizace (Haumont, 1980):

Tuto metodu představil americký neuropsychiatr Wolpe, komportementalista, který využil Jacobsonovu metodu relaxace a obahatil ji o neanalytické psychoterapeutické prvky. Autor této metody především zkrátil dobu trvání dynamické Jacobsnovy relaxace na 6 sezení po dvaceti minutách, každá v přítomnosti terapeuta, navíc pacient cvičí sám doma ještě 2 x denně po čtvrt hodině.

Je možné, že terapeut může využít i hypnotické příkazy, pokud je třeba urychlit terapii. Konečně, na rozdíl od psychoanalýzy, nesnaží se analyzovat úzkost a její nevědomé kořeny, ale hledá, co ji vyvolává. Aby tak mohl učinit, požádá pacienta, aby během relaxace vizualizoval obraz konfliktní situace. Stimul je evokován vizuálně a terapeut požádá pacienta, aby si představil správnou odpověď, která progresivně snižuje pocit úzkosti, provádí tak desenzibilizaci a oslabení souvislostí spojují stimul a úzkost.

Tato metoda je na bázi principu reciproční inhibice.

---

<sup>12</sup> Zvýšená citlivost

### **3.2 Sofrologie v praxi - rozhovor o využití metody sofronizace v OCD s primářem MUDr. Janem Cimickým, CSc.**

**Otázka: Pane primáři, v Modré laguně jsem se poprvé setkala se sofrologií. Je to relaxační technika, kterou v praxi používáte u léčby některých diagnóz. Zajímalo by mě, jak se tato metoda dostala na vaše pracoviště?**

*Odpověď: „Sofrologii, či lépe řečeno sofronisační cvičení jsme užívali již od konce sedmdesátých let v Psychiatrické léčebně v Bohnicích, kde jsem pracoval. V roce 1977 jsem měl možnost pracovat ve Francii v zařízení, které založil profesor Sivadon, v La Vèrriere, právě tam byla kolébka mnohých zajímavých metod, které se zapojovaly do komplexní léčby a rehabilitace duševně nemocných. Sivadon totiž doporučoval komplexní léčbu, tedy aby vedle klasických léčiv využívali lékaři i relaxační techniky, hypnózou počínaje – a sofrologií konče! Začal jsem shánět informace a literaturu a seznámil jsem se s představitelem a propagátorem této metody ve Francii doktorem Jacquesem Donnardem a jeho synem Alainem. Dodnes s nimi udržuji styk“.*

**Otázka: Takže sofronisační cvičení tvoří součást nabídky ze spektra relaxačních cvičení a je tedy jedním z kamenů komplexní terapie. Co dalšího do této škály patří?**

*Odpověď: „Sivadonova škola doporučuje, aby se na pacienta v rámci psychiatrické rehabilitace působilo v pěti na sebe navazujících a vzájemně propojených oblastech. O léčích, které jsou dnes na prvním místě, jsem již mluvil. Množství neuroleptik, antidepresiv či anxiolytik se stále rozvíjí. Do komplexní terapie dále patří nejrůznější typy psychoterapie, od analytických směrů až po behaviorální, nabízejí se i alternativní možnosti, na příklad akupunktura. I tuto možnost v Modré laguně využíváme. Další oblast je ergoterapie, léčba prací a zácvik do praktických zručností, dále kinesiterapie a pohybová terapie, která spočívá v nabídce klasických balneologických disciplín ( skotské stříky, subakvální masáže, vířivky, perličkové lázně, přísadové koupele), elektroterapie a cvičení, patří sem ale třeba i hippoterapie podobně. Důležitou rehabilitační disciplínou je ovšem i socioterapie, která spojuje všechny možnosti od výtvarné arteterapie, muzikoterapie až po využití literatury a divadla (theatroterapie, biblioterapie, scénický výraz). Pouze vzájemná kombinace těchto rehabilitačních směrů na naději na terapeutický úspěch“.*



**Otázka: Informace o sofrologii jste zřejmě přinesl do tehdejšího Československa jako jeden z prvních?**

*Odpověď: „Je to pravděpodobné. Francouzská jazyková oblast je na ústupu a je relativně méně osob, které by v této řeči prakticky fungovali, myslím, že převážně je to dnes angličtina nebo němčina. Pro mne byla francouzština vždy jazykem a oblastí číslo jedna. Již v podzimních měsících 1977 se mi podařilo pozvat dr. Donnarse na soukromou návštěvu a v rámci lékařské společnosti uspořádal informativní přednášku pro zájemce. Bylo to tehdy v sále Charitas na Karlové náměstí... V praxi jsme začali používat především simplexní sofronisaci a to především pro terapii odpodmiňování u pacientů s fobii, především s agora a klaustrofobií). Mechanismus využití byl jednoduchý, nejprve se s pomocí terapeuta pacient naučil relaxovat, nahrál si hlas terapeuta a doma si jej z magnetofonu pouštěl minimálně 2 x denně. Když se naučil dostatečně uvolňovat ( a to si terapeut vždy kontroloval při dalších schůzkách osobně, efektivní to bylo při cílevědomém denním cvičení zhruba za měsíc až 6 týdnů), nabízela se možnost, že si tuto zažitou relaxaci nahraje pacient sám svými slovy a svým hlasem, takže dal poslouchá sám sebe. Následovalo vždy postupné přidávání nepříjemných aspektů, které bylo třeba překonat a pomocí uvolnění při sofronizačním cvičení se to dařilo. Ukázalo se to jako hodně přínosné. Na bázi této relaxace jsme vytvořili variantu Bdělého řízeného snu a relaxace na bázi poezie a doprovázeli jsme i některé nahrávky hudbou, kterou „ na míru“ napsal Pavel Drešer a nebo Dalibor Janda. Pokud vím z referencí pacientů, některé z těchto nahrávek se dodnes používají v lázních, na příklad v Jeseníku. Velice úspěšná byla speciální nahrávka, kterou jsme připravili pro pacientku v hlubokém komatu po autohavarii a posléze i u jedno dalšího pacienta“.*

**Otázka: Jaká je výhoda sofronizačního cvičení oproti jiným relaxacím?**

*Odpověď: „Je to heterosuggestivní metoda, která se může změnit v autosuggestivní a tím získává jistou intimitu a niternost. Její zakladatel Alphonso Caysedo využil svého studia orientálních metod a postupně je oprostil od nánosů a ponechal jen holý základ, který lépe vyhovuje málo disciplinovaným a pohodlným pacientům románské oblasti ( převážně Francie, Španělsko, Švýcarsko) a snadněji se jej naučí a zvládnou. Sofronizační cvičení se používá zhruba od roku 1968, kdy Jean Claude Killy vyhrál ve třech těžkých olympijských závodech a podařilo se mu porazit vynikajícího soupeře, jakým byl Karl Schranz, ptali se zahraniční novináři na tiskové konferenci v Grenoblu trenéra francouzských lyžařů na*

*tajemství úspěchu. Jak to, že Killy neměl trému, že neztrácel setinky vteřiny a bezpečně si zajel pro vítězství? A tehdy se sportovní svět setkal vlastně poprvé s neznámým pojmem sofrologie. Dnes již tato vědecká disciplína pronikla do špičkového tréninku u řady sportů a společně se sportovní psychologií a kinesioterapií patří k součásti systematické přípravy. V našich podmínkách jsme ji začali využívat pravidelně od roku 1978“.*

**Otázka: Co tedy vlastně je teoretickým základem techniky sofronisace?**

*Odpověď: „Sofrologie je psychologická vědecká škola založená v Madridu právě Alphonsem Caysedem v roce 1960. Studuje hladinu lidského vědomí vycházejíc z nové koncepce a hledá její struktury a modifikace, stejně tak, jako možnosti a alterace vznikající vlivem metod fyzikálních, chemických nebo psychických. Profesor Caysedo vyšel z hypotézy, že nikoliv podvědomí či nevědomí, nýbrž vědomí řídí naše tělo. Migréna, bolesti v zádech, žaludeční křeče mohou vymizet, jestliže jsme naučili naše vědomí dát k tomu příkaz. Tibetští lámové to umějí odedávna, umějí měnit teplotu těla, jiní zpomalí tep svého srdce. Naše rodiče udivovali fakíři, kteří spali na hřebících. Dnes již na podobném principu mnoho let existuje ve Španělsku bezbolestně vedený porod, jak popisuje další propagátor sofronisačních cvičení, gynekolog a porodník Auguire de Carcer. Sofrologie slouží k tomu, aby profylakticky pomáhala lépe žít: mít lepší paměť, umět prožívat zkoušky bez trémy a strachu, nemýlit se, překonávat zábrany, které brání v úspěchu, jako je slabá vůle či nesmělost“.*

**Otázka: Jak lze tuto disciplínu přesněji charakterizovat ?**

*Odpověď: „Profesor Caysedo spojil kladné prvky relaxační i hypnotické a podařilo se tak vytvořit velmi účinnou metodu. Podle něho je sofrologie vědecká škola, která studuje vědomí, jeho modifikace fyzické, chemické či psychické a snaží se působit v terapeutickém, profylaktickém a pedagogickém smyslu v rámci medicíny. Základem je slovo **sos**, což lze přeložit z řečtiny jako **harmonii**, a slovo **phren**, tedy **vědomí**, duch. Caysedo vytvořil také zcela novou specifickou terminologii, nahradil například často a obvykle používané slovo transfer slovem **aliance** apod. Především však rozdělil vědomí na hladiny a **stavy**, které jsou tři: **vědomí patologické, vědomí normální a vědomí sofronické**.*

***Základní hladiny jsou také tři:** bdělost a spánek a mezi nimi hladiny sofrroliminální, tedy stav, přes který musíme přejít, když usínáme nebo se probouzíme. Sofrologie se systematicky pokouší integrovat tělesné schéma do prožitku vědomí. Rozumíme tím proces,*

*který modifikuje hladiny vědomí, ať již hetero či autosugestivně. Při sofronizaci se používá Terpnos Logos, s jehož pomocí se metoda provádí. Tento řecký název je vlastně verbální způsob přesvědčování – harmonickým hlasem a tónem měkce modulovaným a monotónním. Vyžaduje to však předem racionální přijetí a podrobení se metodě sofronizovanými. Tak se přechází od normální hladiny vědomí, od vigily do hladiny sofroeliminální.*

*Mimoходом, perfektní popis hladiny sofroeliminální při vědomí nám popsal už mimoděk slavný francouzský spisovatel Alphonse Daudet ve své knize Listy z mého mlýna: „...jistě znáte takové to chvění duše. Nemyslíte na nic, ale ani nesníte, všechno existující vám uniká, odlétá, mizí. Jste jako racek, který se vznáší, jako tříšť pěny, která září ve slunci mezi dvěma vlnami“.*

**Otázka: Sofroeliminální hladina je tedy krátký okamžik, který předchází usínání a usnutí. Co se děje s naším vědomím podle této teorie ?**

Odpověď: „V hladině sofroeliminální se dynamizují již známé fenomény a jsou využívány:

***sofromnestický fenomén**, především sofronická „hypermnesie“, což je zvýšení kapacity zapamatování u sofronizovaného jedince; vede také k udivujícímu a jasnému rozpomínání na epizody dávno zapomenuté;*

***imaginativní sofroplastická**, jež vede až ke zvýšené představivosti a další stimulaci až k halucinacím, používá se jí při detoxikačních krizích u toxikomanů;*

***sensoperceptivní sofroabilita** je charakterizována schopností změnit určité vjemy, aktivovat či inhibovat jejich percepci ať již z vnitřního, či vnějšího světa; v sérologické terapii se používá často jako způsob sensorické substituce a při odpodmiňování.*

**Sofronická pozornost má čtyři kvality:**

a) *fokální pozornost*

b) *difusní pozornost*

c) *aktivace pozornosti v souvislosti s vnějším světem; používá se hlavně v oblasti špičkového sportu.*

*Vědomí může být ve stavu bdělosti studováno ze tří aspektů:*

a) *introspekci*

b) *observací chování,*

c) *na EEG.*

**Otázka: Francouzská škola je známá především výzkumem spánku, jak tyto poznatky souvisí se sofrologií, respektive, odlišují se v něčem?**

*Odpověď: „Ano, zejména profesor Deley a profesor Ey, kteří pracovali na klice Saint Anne v Paříži, později pak profesor Pichot a Deniker, se životně věnovali spánku a napsali o tom celou řadu vědeckých prací.*

*Delay a Pichot rozdělili vědomí do sedmi úrovní:*

*I. odpovědi hypervigilitě, EEG je totálně desynchronizováno, objevuje se u vědců v okamžiku objevu, u herců při špičkovém výkonu,*

*II. vigilita, chování i reagování adaptováno, EEG rytmus alfa, koncentrace,*

*III. pozornost přelétavá, relaxace, mírná desynchronizace EEG rytmu alfa, hranice bdělosti*

*IV. usínání, polospnění, pozornost oslabena, mění se alfa rytmus EEG, objevují se pomalé vlnky theta,*

*V. lehký spánek, sny, na EEG beta vlnky, ztráta kontaktu s externími stimuly*

*VI. hluboký spánek ,ztráta vědomí s přetrváváním motorických reakcí, delta vlny EEG,*

*VII. totální ztráta vědomí, koma, mizejí delta vlny EEG, objevuje se plochá křivka.*

*Hladina IV. a V. je tak zvaně oneiroidní, od vnějšího světa se přechází k vnitřnímu.*

*Důležitou roli zde hraje retikulární formace, která systémem aktivace a inhibice zajišťuje přiměřenou dráždivost organismu, podle úkolů, které před ním stojí. Aktivace může být přímá – cestou nervových zakončení, či nepřímá, cestou humorální. Retikulární formace hraje roli v regulaci spánku a bdělosti, v regulaci motorické aktivity organismu, kontrolou informací reguluje sensitivitu a senzoričnost a reguluje neurovegetativní systém. Sofrologie tedy aktivací či desaktivací působí na harmonickou vyrovnanost organismu.*

*Během 24 hodin procházíme cyklem spánku a bdělosti. Stadií pozvolného přechodu je sedm. Ve stavu bdělosti je pozornost snížena, příjemná relaxace, na EEG alfa vlnky. Při druhé hladině dochází k usínání a náhlému probuzení třesem. Třetí hladina se vyznačuje fragmentací myšlenek; na EEG desynchronizace, nízká voltáž, probuzení lehké, teplota se snižuje, objevuje se pocit vznášení. Čtvrtá hladina má EEG s frekvencí 13 – 15 c/sec, otevřené oči, možno probuzení hlukem pomalé pohyby očí; objevují se sny. Při páté hladině delta amplituda velmi pomalá, ztráta kontaktu s vnějším světem; teplota i tlak klesají; amnesie. Šestá hladina: pomalé delta vlny, hluboký spánek, těžko lze již probudit, teplota ještě klesá; i zde je amnesie. REM hladina: paradoxní spánek s alfa vlnami na*

*EEG, objevují se sny; během noci 4 – 5 REM fázi, jsou nezbytné pro život a během noci se postupně jejich délky prodlužují“.*

**Otázka: Co dalšího sofrologie nabízí?**

*Odpověď: „Dalším důležitým momentem, který sofrologie ovlivňuje, je svalový tonus a tělesné schéma:*

- Mít jednotný obraz svého těla, tedy, jak syntetický, tak analytický,*
- Snášet modifikace, vyvolané jak externě, tak interně (pohyby, vjemy) a okamžitě uvědomění stavů a postojů těla,*
- Situovat tělo do prostoru a okolí, do prostorově a posturální orientace (i tělo zaujímá prсто!),*
- Reference o pohybu ostatního světa,*
- Permanentní zajištění sjednoceného vnímání organismu.*

*Sofrologie se dá v tomto smyslu použít i k podmiňování, eventuálně odpodmiňování u člověka. A to je právě moment který se hodí nejen pro léčbu a rehalitaci fobií, ale můžeme jej vyzkoušet i pro terapii OCD“.*

**Otázka: Jak vypadá taková základní sofrologická terapie?**

*Odpověď: „Simplexní, jednoduchá sofronizace se provádí podobně jako zácvik do jiných relaxačních technik, podle stejné kodifikace: nejprve anamnéza, pak terapeut vysvětlí metody, průběh, náročnost a trvání léčby, naváže se sofronická aliance a počíná se prostou sofronizací, k níž postupně přistupují další intra-sofronické metody. Na závěr se vždy užívá desofronizace a postsofronický rozhovor.*

*Prostá sofronizace má dvě části.*

**Fyzická relaxace** je statistickou metodou, při níž pacient zaujímá pohodlnou pozici, vsedě či vleže a 2-3x hluboce nadechne a vydechne při zavřených očích. Počíná se s vizuálním představováním obličeje, postupně všech svalů. Sofrolog požaduje maximální koncentraci nejen na relaxaci, ale i na vrásky a jiné modifikace kůže. Postupně soustředění přenáší na šíji, krk, ramena, se zaměřením na místa, kde se pacient dotýká podložky. Dále pokračuje po zádech, po lopatkách, páteři, potom přechází na hrudník, břišní svaly a bedra. Nakonec se věnuje pažím, rukám, předloktím, loktům a konečně i ramenům. Závěrem se stejným způsobem zaměří i na dolní končetiny, počínaje od nohou až k hýžd'ovým svalům.

Při této vizualizaci doprovází sofrolog pacienta pomocí Terpnos Logos. (jedná se o hlasový projev bez emotivních výkyvů, lehce modulovaný a uklidňující).

**Mentální relaxace** navazuje ve stadiu příjemného uvolnění mezi bdělostí a spánkem. Pacient je uvolněný, vzdálený, což je stav velmi bohatý na počítky. Sofrolog ho vede k uvědomování tělového schématu, vyrovnanosti a zvýšených schopností, které byly až dosud skryty.

Sofronizace končí po 2 minutách ticha ve čtyřech časových vrstvách:

- hluboká respirace, při níž se člověk jakoby vynořoval na povrch,
- pohyby rukou, nohou a obličeje,
- postupné znovuzískání svalového tonu, při natažení nohou, rukou, zad a kru (pocit jako by člověk prožil příjemnou noc). A konečně
- otevření očí.

Následuje dialog, při němž pacient mluví o tom, co právě prožil. Tento postup pacient praktikuje až 2x či 3x za den, nejlépe před jídlem, aby únava po jídle nenarušovala koncentraci. Toto cvičení trvá týden, pak přechází pacient do stadia **intrasofronické aktivace**, která spočívá nejprve v prosté sofronizaci, k níž se pak přidává postupně přežívání váhy celého těla, počínaje šíjí: je to vlastně uvědomování si výsledku svalové relaxace. Po týdnu tréninku přidáme další kvalitu, pocit tepla: výsledek cévní dilatace. Zlepšení krevní cirkulace se projevuje příjemným pocitem tepla (někdy se projevuje též brněním zejména na hřbetě rukou). V dalším týdnu se přidává cvičení respirační a relaxační, provázené maximálním soustředěním. Pacient má možnost si uvědomit, že se jeho tělo osvobozuje správným dýcháním od svalové kontrakce. Po 5 týdnech tohoto cvičení se přidává percepce tepla v břišní dutině a pocit studeného čela. Toto jsou etapy, které jsou v klasické relaxaci, například v autogenním tréninku, běžné“.

**Otázka: A jak pokračuje terapie v dalších sezeních?**

*Odpověď: „Jakmile se dosáhne tohoto stavu ( v některých případech to již postačí, pouhá statická relaxace vede k ústupu nechtěných příznaků a tedy k úspěchu), možno přistoupit ke speciálním sofronickým metodám. Jsou CayseDEM rozděleny do 3 kategorií, útočících na přítomnost, na budoucnost, pátrající v minulosti. Odpovídají jim ve všech třech případech i základní CayseDovy principy: objektivní realita, pozitivní akce a tělesné schéma jako prožívaná realita.*

**Progresivní sofroakceptace.** *Sofrolog požádá pacienta, aby si představil příjemnou situaci, v příjemném prostředí, která by se mohla udát v blízké budoucnosti. Ponechá volnost i ve volbě času, ale požaduje co nejvíce detailů (barvy, předměty, atmosféru). Pak navrhne, aby se pacient sám vcítil do tohoto prostředí, obklopen osobami, které jsou mu milé a blízké. Jakmile si to pacient představí, zvedne na znamení ukazováček. Požádáme nyní, aby pacient dokonale vnímal a prožíval tento příjemný pocit a harmonii. Poté je pacient vyzván, aby relaxoval fyzicky i mentálně – cvičení končí pohovorem. Každý den se také toto cvičení opakuje samostatně. Slouží především v případech, kdy je třeba vyměnit negativní prožitek, který je subjektivně velmi příjemný, za libý prožitek pozitivní“.*

**Otázka: Jak se tato metoda ujala? Rozšířila se? A je možnost ji využít i v jiných oblastech našeho života?**

Odpověď: „Tato nová metoda našla svoje uplatnění především v porodnictví v kursech přípravy rodiček k porodu. Počíná s představou již narozeného dítěte v kolébce, když žena je s ním a cítí se velmi šťastná. V dalších týdnech se postupně vrací, tedy blíží k porodu. Tím se odstraňuje úzkost, obava i dramatičnost porodu.

Oddramatizování se užívá též v případě sportovců před velkými závody. Sportovec si představuje průběh závodu v ideálních podmínkách, cítí se v dobré formě jak fyzické, tak psychické. Metoda odstraňuje trému, obavu ze selhání i strach před lepším soupeřem. Jsou publikovány i podobné pokusy příprav studentů ke zkouškám“.

**Otázka: Mohl byste krátce a stručně přiblížit jednotlivé formy této metody?**

Odpověď: „Samozřejmě. Každá z těchto variant, jak uvidíte, je vhodná pro jinou životní situaci. Stačí si ji aplikovat do vlastních zkušeností.

**Synchronní sofrorespirace.** *Jakmile dosáhneme u pacienta hladiny sofroliminální, soustředí se na volní klidné dýchání a při každém výdechu si pomyslí v duchu slovo symbolizující klid, například „ticho“, „mír“, „volnost“, „harmonie“; po několika okamžicích se poněkud oslabí úroveň vigility, téměř až na hranici spánku. Pak pacient opět dýchá a při výdechu se soustřeďuje na dynamizující větu: „Zítř v zápase zvítězím!“ nebo „Zítř udělám výborně zkoušku“. Po desofronizaci následuje opět pohovor o prožitcích.*

**Sofroliminální protekce spánku** vyžaduje od pacienta, aby předem prošel prostou sofronizací, progresivní sofroakceptací i synchronickou sofrorespirací. Terapeut požádá pacienta, který je ve stavu sofronickém aby si představil situaci, kdy se ukládá ke spánku,

uvědomil si všechny detaily, nakonec psychicky zhasnul světlo a potom při expiraci si pomyslel slovo, symbolizující ticho a klid, při němž pacient prožívá usínání.

Ve druhé části cvičení (uskutečňované podobně při výdechu jako v předchozím případě) si pacient představuje hezké probuzení a vstávání. Tato metoda denně procvičovaná vede k podstatnému snížení až k úplnému vyřazení hypnotik.

**Sensoriální softrosstitute** počíná opět předchozími metodami a přímo na ně navazuje. Pacient si např. vybaví teplo na úrovni ruky a oznámí sto zdvižením ukazováčku. Terapeut vyzve pacienta, aby zaměnil tento pocit za jiný známý podnět, například chlad. Je možno použít příměru horské bystriny, do níž je ruka ponořena a podobně. Následuje návrat k normálnímu citění, defronizace a dialog. Tato metoda se používá především ve stomatologii, přičemž lze získat lokální analgezii a provádět při ní i náročné a bolestivé výkony, jako je třeba extrakce. Krvácivost je zároveň menší a schopnost hojení lepší.

**Integrální metoda** je jakási softronizace na míru, na závěr běžného cvičebního kursu. Pacient si dodá svůj „osobní materiál“, například percepce nejlépe prožívané a softrolog podle nich nahraje kazetu. S její pomocí pak může pacient sám zvládat složité osobní situace a znovu nacházet rovnováhu. Je aplikovatelná denně podle potřeby. Softrologie se tak zařazuje mezi vynikající profylaktické metody.

**Oneiroidní softrosociace** je založena na imaginaci, nikoliv na vzpomínkách – pacient si volně vymýšlí a kreslí ve fantazii nějakou situaci a naprosto volně ji popisuje. Jedná se spíše o studijní metodu.

**Postupné softrokorekci** musí předcházet jednak softrosociální softrosstitute, jednak progresivní softroakceptace. Nejprve terapeut společně s pacientem zpracují žebříček pro odpodmiňování, např. od menší fobie k větší. Pacient je pak v softroliminálním stavu vyzván, aby si představil scény nejprve méně traumatizující směrem k více zátěžovým. Přitom je mu zdůrazněno, že v každém okamžiku má možnost zamezit úzkosti tím, že může situaci vytěsnit a nahradit obrazem v příjemných podmínkách. Takto se pacient postupně přibližuje své fobii, po několika měsících (podle vážnosti fobie) je znovu schopen činnosti, která předtím byla pro něho absolutně nemožná.

**Projekční softrostimulace** se používá hlavně v rehabilitaci ať již poúrazové, kardiální, nebo plicní, vždy se značným úspěchem. Předchází jí intrasoftronická aktivace a synchronní softrorespirace, přičemž pacient vždy spojuje s dýcháním svalové uvolnění či napětí: inspirace = tense, expirace = uvolnění. Pacient musí dostatečně prožívat zejména pocit uvolnění při svalové relaxaci, která se opakuje vždy třikrát po sobě. Poté je pacient vyzván,



aby si představil dobu za dva, tři měsíce, příjemnou a pozitivní, při níž bude již naprosto pohyblivý.

**Fokalizovaná sofronizace**, která využívá zvýšení koncentrace pro vyvolání heperaemie, vyprovokované pocitem tepla. Užívá se při sníženém vylučování moči a při menstruačních poruchách.

**Relaxační dynamická relaxace** používá navíc signální stimulaci s hesly: vydechnout – ještě – vyprázdnit docela – ještě.

**Dynamická relaxace** se dělí do tří základních stupňů: první se přibližuje k yogi hindů a nazýváme jej koncentrační. Pacient se soustřeďuje na vnímání svalové kontrakce a pocit občerstvování během pohybu. Druhý stupeň se přibližuje technikám buddhistickým, nazýváme jej kontemplativní. Spočívá v izolaci pacienta, duševně nezávislého na volním efektu, jakoby ho mohlo vědomí opustit a on pohlížel na své tělo. Třetí se přibližuje japonskému Zen a říkáme mu meditativní. Před započetím dynamické relaxace se vždy vystříkují nosní průduchy slanou vodou v koncentraci fyziologického roztoku. Voda stříknutá jedním otvorem vychází druhý. Stimuluje tak V. hlavový nerv, což usnadňuje koncentraci. Jednotlivé stupně se provádějí vždy ve dvou dílčích samostatných cvičeních, každá část trvá čtrnáct dní, vždy 3krát týdně po 1 hodině.“

**Otázka: Kdybychom tyto poznatky měli krátce shrnout, znamenalo by to, že využití sofrologie v medicíně se ujalo v celé řadě oblastí. Kde podle vás je největší pole pro využití sofronisačního cvičení?**

Odpověď: „Aplikace v medicíně je víceméně velice široká : Odhaduje se, že 70% dnešních nemocí lze řadit mezi psychosomatické. Nedovedeme si dnes již představit oddělení tělesného a duševního. Nemoc je třeba skutečně vidět jako porušení rovnováhy organismu. Sofrologie je tedy účinná metoda, která zprostředkovává kontakt individui i vnitřní zainteresování samotného pacienta.

Pronikla prakticky již do všech medicínských odvětví a disciplín a vytváří předpoklady ke snadnějšímu zvládnutí onemocnění či poruchy. V gastroenterologii se používá sofrologie při spastických kolitidách, dystoniích, rectokolitidách, neorganických esofagitidách, anorexiích a žaludečních vředech. V kardiologii při esenciální hypertenzi, tachykardii, profylaxi srdečních onemocnění, jako např. infarkt myokardu (antistresogenní faktor), u poruch cirkulace, např. akrocyanozy. Tvoří významnou složku rehabilitace a reedukace po infarktu myokardu. Při respiračních onemocněních insuficience plicní, chronické

bronchitidy, astma bronchiale, emphysema pulmonum. V gynekologii a porodnictví při přípravě a vedení bezbolestného porodu. Ve stomatologii se jí používá k odstranění úzkosti před zákrokem. Používá se především sensoriální softrosustituce pro zákroky jako extrakce a vrtání, vyvolává se pocit chladu, mrazu, a toto je možno kontrolovat přímo okem, sliznice totiž zřetelně bledne a mnohem méně krvácí, jizvy se lépe hojí. V protetice se užívá zase zejména progresivní softroakceptace. Zajímavým zjištěním byla koincidence zlepšení noční enuresy a astmatu u dětí, které v rámci zubního zákroku byly zacvičeny v softrologické technice.

Softrologie spolupůsobí velmi v psychosomatické medicíně, kde ovlivňuje řadu symptomů, jako je nespavost, únava, synkopa, úzkost. Pokud je nelčíme, mohou při dlouhodobém trvání vyvolat lézi. Proto relaxace působí především na parasympatikus: zpomalení srdečního rytmu a dýchání, dilatace arterií, snížení krevního tlaku, zvýšení střevní peristaltiky, zbrzdění pocení a celkové zklidnění. Toto vše lze s úspěchem použít při duševním „přepětí organismu, vyčerpání a jako prevenci stresu“.

**Otázka: A jaké jsou zkušenosti s využitím v psychiatrii a psychologii?**

Odpověď: „V psychiatrii se softrologie užívá především u léčby neuróz, při úzkostech, strachu, při vnitřních konfliktech, při fobiích (odpodmiňování), hlavně při fobické, úzkostné a obsedantní neuróze. Další způsob využití se naskýtá u poruch psychomotorických, u koktání a jako doplňková léčba při odvykací kúře u toxikomanů.

V kineziterapii pomáhá softrologie především při dystoniích a dyskinézách, zároveň se odstraňuje ostych, strach, úzkost a tréma. Rehabilitačně slaví tato metoda úspěchy v traumatologii, v revmatologii (při rozličných algiiích), cervikokraniálním syndromu s kontrakturami, při bolestech hlavy, lumbágu, vertebrálních bolestech, chronické polyartritidě, ankylozující spondylartróze, koxartróze a gonartróze, v plicní medicíně u astmatiků a emphyzematiků, v neurologii u hemiplegiů a tortikolis, v kardiologii u infarktu myokardu. V sexuologii se softrologie užívá u sexuálních dysfunkcích neboť softronické působení přes parasympatikus pomáhá při lumbrifikaci a erekci a dále moduluje sympatikus při ejakulatio preacox, při vaginismu pomáhá prostá softrorelaxace a perineální cviky. Postupná softrokorekce nahradí negativní fantasmata pozitivními obrázky. Byly již vypracovány a vyzkoušeny kolektivní metody pro několik partnerských párů najednou sloužící k vyšší senzibilizaci“.

- **Na pracovišti v Modré laguně se ošetřují i velmi těžké stavy OCD. Ve dvou případech, které jsem zpracovala v magisterské práci byla doporučena neurochirurgická operace. Po této operaci však nastala situace, kdy bylo třeba hledat způsob, který by se získaný profit udržel a dále rozvíjel, aby nedošlo k opětovnému návratu některých symptomů. Ukázalo se, že dosavadní snahy o terapii klasickým a užívaným způsobem , třeba KBT, jsou v těchto případech málo účinné. Proto jsem se rozhodla vyzkoušet právě sofronizaci. Myslíte, že je to vhodné?**

- Odp: Četl jsem vaši práci a velice jsem jí ocenil. Přináší totiž praktický pohled na terapii a ukazuje obtíže a úskalí dosavadních terapeutických možností. Jsem rád, že jste si vybrala tuto metodu, kterou v Modré laguně standardně užíváme a pokoušíte se ji aplikovat právě do terapie OCD. Podporuji i váš moderní přístup, zejména postupnou práci s nahrávkou relaxační techniky. Velice této snaze přeji, aby se setkala s terapeutickým úspěchem. Sofrologie je velmi mladá relaxační metoda a stále se vyvíjí. Jako medicínská disciplína zaujala již důležité terapeutické místo v celé řadě oborů a jejím použitím se pomohlo mnoha nemocným. Patří dnes již právem do arzenálu moderní lékařské vědy. Věřím, že právě i vaším přičiněním to bude další možnost, kterou budou moci využívat i na jiných psychologických a psychiatrických pracovištích u obtížných případů OCD.

### **3.3 Problematika zácvičku relaxačních technik**

Svět, ve kterém se pohybujeme, se neustále zrychluje, přináší nové a nové podněty a vyžaduje, aby je člověk zvládal. Technický pokrok, který měl umožnit, aby se člověk více osvobodil a měl tedy více času na sebe, funguje opačně. Relaxační technika je dnes nezbytnou součástí většiny terapií v psychiatrii. Návčik relaxace však vyžaduje čas a trpělivost, není to pilulka, kterou je možné spolknout a postižený se uvolní a vzpamatuje. V našich zkušenostech se zdá, že pravidelné cvičení relaxační techniky vyžaduje asi 6 týdnů pravidelného zácvičku. U sofronizace, kde je možné využít nahrávku, postačí obvykle kontrolní cvičení s terapeutem jednou týdně a samostatný zácviček pak provádí jedinec doma, ve svém obvyklém prostředí, podle časových možností, ale nejméně jedenkrát denně (lépe 2 x denně). Tak se postupně dostává verbální signál do podvědomí a po určitém čase, který je individuální podle schopnosti reagovat na hetero či autosugestivní opakovaný mluvený test a požadované pokyny, poskytuje možnost „sign signálu“ – tedy stačí obvyklé prvotní klíčové slovo a pacient je schopen autonomně uvolnit okamžitě celé tělo i

psychiku, aniž by musel poslouchat celé desetiminutové cvičení a pokyny. V této fázi již můžeme hovořit o úspěšném zvládnutí relaxačního cvičení a je možné na ně dále navazovat dalšími vklíněnými pokyny, které jsou nutné pro posun v celkové terapii.

U OCD je vhodné rozvíjení příjemných a uvolněných pocitů a prožitků v rámci relaxace při dosažení „plateau“, tedy po celkovém uvolnění, ve stavu příjemného zklidnění.

## PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část v návaznosti na předchozí magisterskou práci je ukázkou snahy ale i odborného tápání při hledání návazné terapeutické péče v případech provedeného předchozího invazivního neurochirurgického zákroku (kapsulotomie) u dvou pacientů s diagnózou farmakorezistentní (a v podstatě zcela na jakoukoli terapii nedostatečně odpovídající) formy OCD.

Neurochirurgické zákroky nejsou u této diagnózy běžnou formou léčebného procesu, jedná se v tomto ohledu o výjimečné případy skutečně torpidního charakteru a dosud jich bylo provedeno v rámci České Republiky<sup>13</sup> na pracovišti v Nemocnici na Homolce jen několik. ( O podobné zásahy se snaží i v zahraničí, na příklad ve Francii i USA, jak jsem uvedla v teoretické části této práce).

K rozhodnutí zpracovat tuto tematiku formou rigorózní práce jsem dospěla po reálném zjištění, že účinky invazivního zákroku na mozku jsou sice obdivuhodné (v porovnání k síle a charakteru obsesivně-kompulzivního repertoáru pacientů před operací), nicméně jsou stále nedostačující s ohledem na možnost takto operovaných pacientů vést uspokojivý občanský život. Jinými slovy řečeno, kapsulotomií bohužel pacientův boj s OCD nekončí, spíše se modifikuje dosavadní „bojové pole“ a je třeba hledat další cesty intervence, jelikož jakákoli doporučení, jak ve výše uvedených případech pokračovat, zatím chybí.

Vzhledem k malému počtu takto léčených pacientů je výzkum koncipován jako případová studie jednoho velmi sveřepého případu OCD, u něhož byla dokonce provedena po roce od první kapsulotomie reoperace. Tento případ byl právě do okamžiku reoperace popsán v mé diplomové práci. Pacient s provedením výzkumu souhlasil dodatečně, čímž jsem sledovala dodržení požadavku na autenticitu výzkumu, jelikož zde byla z mé strany obava, že by pacient mohl být ovlivněn snahou zavděčit se, oplatit nasazení a zájem terapeutů a z tohoto důvodu pak interpretovat více pozitivně své prožívání a pokroky. Práce je pro zajímavost doplňována o zkušenosti a postřehy další osoby potýkající se s těžkou formou OCD, která rovněž podstoupila kapsulotomii a její příběh života s OCD byl zpracován v mé diplomové práci. Jelikož nebylo z časových důvodů možné se pravidelně setkávat ( jedná se o osobu, žijící mimo Prahu) a pouhá, byť pravidelná, e-mailová komunikace nezajišťuje autenticitu a plastičnosti osobního setkání, rozhodla jsem se informace získané od této ženy využít jako rozšiřující látku, která umožňuje porovnat a

---

<sup>13</sup> Touto problematikou se zabývá neurochirurgické pracoviště nemocnice Na Homolce v Praze.

zamyslet se nad některými podobnostmi a také rozdíly u obou pacientů v období rehabilitace po provedené kapsulotomii a věřím, že to povede i k dalšímu úspěšnému boji s OCD v jiných případech. Je zřejmé, že tento vzorek participantů je příliš malý pro definování možného léčebného postupu. Tyto aspirace nemám již vzhledem k tomu, že pro nízký počet takto léčených pacientů (kapsulotomii) by jej v podstatě ani nebylo možné statisticky ověřit (což by navíc výrazně ještě ztěžovala skutečnost, že lidé s torpidní formou OCD se léčili různě dlouho, různými terapeutickými postupy, častá komorbidita s dalšími psychickými onemocněními či poruchami by rovněž znesnadňovala sestavení homogenního vzorku pacientů). Práce však může sloužit jako inspirace všem, kteří se nespokojují s obvyklými terapeutickými postupy. Tato rigorózní práce je také připomenutím u nás poněkud opomíjené či málo známé románské metody relaxace „sofronizace“ a zároveň ukázkou, jak ji lze praktikovat a využít ku prospěchu pacientů tak, jak jsem se o to pokusila ve své práci.

Cílem práce je shrnout autentické zkušenosti osob s těžkou formou OCD po prodělané stereotaktické operaci mozku, popsat jejich návrat do běžného života, pokusit se zachytit, jak se provedený zákrok postupně promítl do symptomatologie OCD a popsat následnou psychoterapeutickou intervenci.

Pro zachování anonymity nebudu uvádět žádná identifikující osobní data. Informace budou od okamžiku operace (kapsulotomie) zaznamenány chronologicky. Jsem si vědoma možného snížení objektivního pohledu pro mé pracovní zapojení v psychiatrické ambulanci. Tento fakt se budu snažit vyvažovat konzultacemi s odborníky, příklady z praxe a fakty získanými z odborné literatury.

Informace shrnuté v této práci proto pocházejí v rámci dodržení zásady triangulace dat od respondentů samotných a jejich rodinných příslušníků, dále byly v práci použity informace z lékařských záznamů (chorobopisy, odborná vyšetření – psychologická, fyziatrická atd.) a v neposlední řadě také komunikací s odborníky vztažných oborů (psychologie, psychoterapie a medicíny). Rozhovory s respondenty probíhaly v psychiatrické ambulanci či v jejím okolí (exteriérová nácviková setkání atd.), přičemž byli respondenti vždy informováni, zda se jedná o rozhovor terapeutický či výzkumný. Využívána byla také e-mailová komunikace (v případě ženy jde o hlavní zdroj informací, u muže o doplňkový), jelikož povaha této práce vyžadovala udržení kontinuálního kontaktu a nebylo možné v dlouhodobém sledování zajistit vždy osobní kontakt.

#### 4. Sofronizační relaxace pro OCD

Vzhledem k tomu, že bylo po pečlivé analýze zapotřebí najít účinný a kontrolovatelný způsob, kterým se bude uvolňovat vnitřní psychické i tělesné napětí, padla volba na sofronizace. Jde o relaxační techniku, se kterou v ambulanci pracují již více než třicet let a podle referencí pacientů vyhovuje potřebám ambulantní terapie ve většině ošetřovaných diagnóz. Text, používaný v Modré Laguně jsem si upravila a nahrála podle potřeb a na „míru“ tak, aby nejlépe vystihovala potřeby a cíle, které chceme v léčbě dosáhnout. Po zvládnutí základního uvolnění (v první části sofronizace) jsem se soustředila především na „plateau“ uprostřed cvičení, které jsem mohla podle potřeby upravovat a postupně obměňovat, abychom dosáhli patřičného účinku. Postupovali jsme od prosté lehké relaxace až po cílené indukované pocity příjemného prožitku u obtížných situací.

Základní text nyní předkládám, aby představa terapie byla úplná.

(Zvukové znamení – gong)

Lehněte si pohodlně na připravené lůžko. Uložte se tak, aby vás nikde nic netlačilo, rozepte knoflíky, spony a pásky,... uvolněte se a zavřete oči... Od této chvíle budete se zavřenými očima poslouchat jen můj hlas, který vám bude dávat pokyny, co je třeba udělat, abyste se dokonale a příjemně uvolnili.

Můžete si pomoci i tím, že si budete v duchu představovat jednotlivé části vašeho těla a tím se na ně lépe soustředíte.

Nejprve si představte svoje čelo a snažte se je uvolnit... Povolte kůži na čele, aby vymizely vrásky, aby se oči ještě více a pevněji zavřely....

Teď se soustřeďte na kořen nosu... Snažte se uvolnit kůži a svaly pod ním... Přejděte na obočí,... představte si svoje víčka... cítíte jak klesají, pevně se zavírají, jsou těžká... oči jsou pevně zavřené. Vnímáte ten příjemný pocit rozlévajícího se klidu... Zkuste uvolnit i spánky, levý a pravý spánek. A stejným způsobem uvolněte tváře, kůži a svaly na nich....

Nyní se soustředíte na nosní chřípí,... nosní dírky jako by se rozšiřovaly... Vnímáte už i dotyk vdechovaného a vydechovaného vzduchu...

Uvolněte čelistní klouby.... Celá dolní čelist pomalu klesá... můžete pootevřít ústa, jako by se sama otvírala... rty jsou vláčné, dýcháte volně, klidně...

Celého obličeje a hlavy se zmocňuje krásný, příjemný pocit uvolnění. Obavy a strach se rozplývají, jsou stále nezřetelnější...

Pomalou se blížíte na pokraj spánku, ale není to spánek, jen takový zvláštní lehký pocit, jako byste se vznášeli...

Budeme se uvolňovat dál...

Soustředte se na svalstvo šíje... Napětí v šíji mizí, hlava klesá, ještě více klesá, zanořuje se do podložky, na které ležíte... Šíje je volná...

I ramena se uvolňují, rozpínají do šíře a spočívají volně na podložce, splývají s ní...

A nyní budeme postupovat po zádech směrem dolů...

Uvolněte svaly kolem lopatek, zádové svalstvo až k oblasti ledvin... Uvědomujete si celou svou rozvinutou páteř, která přiléhá vlastní vahou k podložce... vnímejte ten narůstající pocit příjemného uvolnění!..

Soustředte se na svoje hýždě, které se také dotýkají podložky a volně na ní spočívají... uvolněte je...

Pomalou přejdeme na přední stranu těla... Uvolněte oblast krku, kůži, svaly, hlasivky... celou dutinu ústní i jazyk, kořen jazyka...

Uvolněte prsní svaly a celý hrudník... dýchání je klidné a volné... vyrovnaně dýcháte...

Uvolněte i bránici a svaly břišní stěny.. napětí mizí...

Uvědomte si svůj trup!... je krásně a dokonale uvolněný a spočívá na podložce...

Představte si, že ležíte někde na slunci za krásného letního dne, slunce svítí, zahřívá vás... cítíte příjemné teplo.. je to radostný a vysněný pocit uvolnění, příjemné únavy, která se vás stále víc zmocňuje... necháváte s unášet...

Pomalou sestupujete na samou hranici spánku, ale neusnete... zůstáváte stále se mnou ve spojení, slyšíte můj hlas... jenom čas, který vás obklopuje, se začíná zvolna měnit...

A nyní pomalu přejdeme na horní končetiny..

Uvolněte ramenní kloub, paže od ramen až po lokty, pokračujte paží až k loketnímu kloubu, na pravé ... a teď i na levé paži... uvolněte předloktí na obou rukou, na levé ... i na pravé ruce... uvolněte zápěstí... dlaně... prsty na rukou.. vlevo... i vpravo... Obě horní končetiny spočívají teď bezvládně vedle vašeho těla a od ramen až ke konečkům prstů se v nich rozlévá příjemné teplo...

A nyní se soustředte na dolní končetiny. Uvolněte kyčelní klouby napravo i nalevo, uvolněte i stehenní svaly... Napětí povoluje... uvolnění přechází na oba kolenní klouby... pravý... i levý.... Obě lýtka se uvolňují... a nyní i kotníky... jsou volné a vláčné... a konečně se uvolňují i nohy, chodidla i prsty... na levé... i na pravé noze.

Celé dolní končetiny jsou naprosto uvolněné... teplo se rozlévá od kyčlí až k prstům...



A v tomto okamžiku je celé vaše tělo uvolněné. Je to nádherný pocit! Snažte se jej vychutnat!.. zasloužíte si prožívat hřejivý stav klidu a harmonie... až se naučíte tímto způsobem relaxovat, snadno dokážete načerpat skryté rezervy a síly, odpočinout si a opět zapojit v pohodě do jakékoli činnosti.

Snažte se naplno vychutnat prožitek lehkosti, jako v letním dnu, kdy ležíte na vyhřáté louce a vnímáte plápolání vzduchu, který kolem vás proudí. Nic vám nehrozí, nic vás neohrožuje.. rozlévá se ve vás klid, mír a pohoda...snažte si krásný pocit lehkosti a uvolnění zapamatovat...je vaší moci si jej znovu a znovu přivolat...

V tomto stavu zůstaneme ještě dvě minuty...

Všechny vjemy z okolí jsou vzdálené... sice je vnímáte, ale nejsou pro vás důležité, nejsou podstatné, ztrácejí se...a tímto stavem vás provází jen můj hlas.... Vnímáte pocit bezpečí...

Možná byste se mohli vznést a shora dívat sami na sebe, na své tělo, které zůstalo ležet... takový pocit lehkosti! Budete se do něho rádi vracet, bude vám pomáhat, abyste překonali každodenní problémy, úzkost či obavy... všechny své potíže dokážete zvládnout!

Cítíte stále nádherný pocit klidu, spokojené vyrovnanosti a pohody...

Ještě půl minuty zůstanete ve velmi uvolněném stavu, kde hranice času mizí. Snažte se ho vychutnat, uvědomovat...zapamatovat si...

V tomto uvolnění se vytrácí myšlenky na ohrožení a nebezpečí... budete snadno vycházet ven.. vaše tělo je připraveno vás chránit... již nemusíte obávat ani infekce ani nečistoty...jste schopni odolávat každému nebezpečí, každému ohrožení a v pohodě a harmonii prožívat svůj život..

Ještě čtvrt minuty můžete vychutnávat tento příjemný stav...

(Pauza)

A nyní se budete pomalu vracet do normálního stavu vědomí. Nejprve se napětí vrací do prstů u nohou, můžete protáhnout prsty, pohnout jimi, napětí se vrací do kotníků, lýtek a kolen, stehenních svalů a kyčlí. Celé dolní končetiny mají již normální napětí.

Nyní se napětí vrací do prstů u rukou, můžete je procvičit, protáhnout...Síla se vrací do dlaní, zápěstí, předloktí a loktů, do paží i ramen, obou horních končetin, které už mají normální napětí.

Nyní napněte břišní svaly, zkuste dýchat i bránicí, břišní stěna se při nádechu zvedá.

Napětí se vrací do hýžd'ových svalů, svalů kolem ledvin i kolem páteře až k šíji. Šíjové svaly se napjaly a nesou zas hlavu pevně..

Napětí se vrací i do ostatních svalů na krku... do hlasivek.. dolní čelisti, jazyka a čelistních kloubů...

Můžete polknout!... Polkněte si...

A konečně se vrací normální napětí do rtů, tváří, spánků, do očních víček i obočí... i do svalů na čele...

Můžete otevřít oči!... Otevřete oči !

Protáhněte se a vydechněte! Můžete si přitom i pomoci rukama! Pořádně s zhluboka se třikrát hluboce nadechněte a vydechněte... jednou... po druhé... a po třetí!

Můžete se posadit. Dnešní relaxační cvičení je u konce.

(gong)

## 5. Případová studie

### *Sumarizace dosavadního vývoje onemocnění*

Příznaky abnormního kontrolování datuje pacient do roku 2002. Od té doby velmi pozvolná progresa. Naší ordinaci kontaktoval v roce 2006 (nejednalo se o první záchyt onemocnění). Nasazený psychofarmaka (anxiolytika, antidepresiva), KBT terapie. Stav se zlepšoval. Při opakovaném zhoršení titrace a změna medikamentů opět navodila zlepšení. S příchodem potomka do rodiny zhoršení stavu, vyzkoušena hypnóza u prof. Kratochvíla, bohužel u pacientů s OCD není příliš účinná, což se v tomto případě potvrdilo. Pacient nastoupil na denní stacionář s KBT terapií. Dále bylo zkoušeno skupinové podpůrné setkávání, terapie světlem, psychowalkmen, supramaximální dávky i augmentace atypickými antipsychotiky. Stav pacienta však nadále progredoval, pacient i manželka vykazovali známky psychického i fyzického vyčerpání. V květnu 2012 provedena kapsulotomie, stav zlepšen (3 měsíce po zákroku udává pacient zlepšení o 70%). Na konci roku 2013 zlepšení už jen 30% a nadále ustupuje, symptomatologie se stále více navrácí do stavu před neurochirurgickým zákrokem. V lednu 2014 reoperace – rozšířením původní termoléze. Těsně po zákroku výrazný pozitivní posun v utlumení obsesí, „*to mi nevadilo hodně věcí*“. 2 měsíce po zákroku kompulze u pacienta téměř nezměněny, ale nevyžaduje od té doby kompulzivní chování u manželky. Obsese se postupně začínaly navracet, jsou však oproštěny od vysoce úzkostných až panických stavů.

*Duben 2014*

Pacient vykazuje nejistý přístup k nejrůzným každodenním situacím. „*Asi jsem za ty roky ztratil představu, co je normální a co je moje OCD.*“ Začali jsme tedy pracovat na reedukaci, což naplnilo několik prvních sezení, postupně zbývalo více času i na další témata.

Rámcově byl sestaven seznam předmětů, situací a prostředí, jež představují základ a převahu obsesivních stavů, přičemž nižší hodnota čísla koresponduje s menší závažností:

1. přepadový odtok umyvadla
2. hlavní odtok umyvadla
3. pračka
4. vodovodní baterie
5. špinavé prádlo
6. předměty přinesené z venku do domu (viz. nákupy, typicky lednice)
7. kliky
8. veřejné prostranství / hmyz
9. toalety
10. popelnice, odpadkové koše

Problematická náplň pacientových obsesí zůstala téměř stejná ve srovnání s obdobím před prvním neurochirurgickým zákrokem v květnu 2012 a mezi ním a následnou reoperací v lednu 2014, kdy byla rozšířena oblast termoléze (původní místo neurochirurgického zásahu), rovněž jednotlivá závažnost nedoznala větších změn. Odpadní odtoky a pračka mají pro pacienta subjektivně vyšší riziko kontaminace, ale vzhledem k tomu, že na rozdíl od špinavého prádla či vodovodní baterie nemusí přijít s nimi do přímého kontaktu, jsou hodnoceny jím jako méně závažné.

Jako velký subjektivní přínos kapsulotomie pacient uvádí významné snížení síly prožitku úzkostných stavů při konfrontaci s obsesemi. Na existenci nutkavých myšlenek sice nemá podle našich dosavadních zkušeností kapsulotomie vliv, ale pokud je takto alespoň snížena reaktivita pacienta na jejich zdroj, otevírá se větší prostor pro práci s pacientem, který byl pro závažnou formu OCD v době před operací takřka neschopen podstupovat jakoukoli terapii a tento stav se promítal bolestně do jeho pracovního i osobního života. Psychofarmakologickými prostředky byl pacient udržován, ale o léčebném účinku se zde již mnoho nemohlo mluvit. Odpodmiňování a desenzibilizace

nebyla uskutečnitelná pro silné panické a stresové reakce pacienta. Jeho celková vyčerpanost a izolace z běžného života byla alarmující.

Již hned z počátku jsme při sezeních s pacientem narazili na zajímavou skutečnost, týkající se, bohužel, právě jeho nejzávažnější obsese – tedy veřejných odpadkových košů, popelnic a kontejnerů. Nejvíce stresujících obav z kontaminace přinášela pacientovi toaleta (vlastní toaletu s určitými zabezpečujícími prvky byl schopen použít – před první operací byl však v takovém stavu, že raději nepil a nejedl, aby i vlastní toaletu používal co nejméně). Sociální zařízení v práci či v jiných veřejných zařízeních bylo problematické vždy, přičemž další potíží byla možnost či nemožnost se následně důkladně omýt dle vlastních představ. V době před první operací docházel na skupinová setkání (dvoutýdenní denní stacionář), kde s pomocí zácvičku KBT postupně stáhl mytí rukou časově z 10 minut na 15 vteřin a 3 hodinové sprchování omezil na 15 minut. S odstupem času se vyjádřil k tomuto výsledku s tím, že vlastně ani neměl jinou možnost, personál zkrátka nedovolil delší očistu. Po návratu domů se toto snažil tento trend udržet, ale nepodařilo se mu to. Vrátil se k původnímu mytí, které bylo sice o něco zkráceno, ale stále představovalo časovou zátěž, ve chvílích zvýšené psychické tenze se navíc původní abnormálně dlouhá doba ještě více prodlužovala. Obdobnou analogii takového vývoje můžeme spatřovat u osob závislých na nejrůznějších látkách. V rámci odvykacích kúr a pobytu v „resocializačních zařízeních“, dokážou motivované osoby vcelku dobře abstinovat, na čemž se podílí samozřejmě v ideálním případě motivace závislých osob, podpořena nemožností dostat se k látce, která vyvolává carving, ale spolupůsobí zde významně i vytržení z původního prostředí, k němuž se vážou hluboce zakořeněné zvyky, nástrahy a také slabá místa, kterým nedokáže člověk vzdorovat. U OCD obdobnou „násilnou“ formou probíhá přeučování osob na „jiný“ způsob života, ukazuje se jim, že to jde i bez kompulzí. Subjektivně prožitý zážitek nevyhovění nutkavým myšlenkám, který následně nevede ke katastrofickým událostem, neštěstí, smrti apod., má u osob oslabit kompulzivní tendence. Stejně jako u osob závislých je však problematický návrat do původního prostředí. Zde obvykle chybí jasně nastavené hranice, jednotný přístup k problému (který je neustále posilován přístupem a názorem pečujícího personálu zařízení, což však v domácím prostředí chybí). V domácím prostředí je pacient jaksi „opuštěn a vydán na pospas sám sobě“, okolí a rodinní příslušníci mají sice dobrou vůli pomáhat, snaží se o to, ale nejsou schopni jasnou kontinuitu péče zajistit a postupně se navyklý trend uvolňuje, zpomaluje a nebo dokonce vrací do původních kolejí. U těžších případů OCD může být tedy takový

denní stacionář určitým startovním polem, ale **systematická dlouhodobá terapeutická péče, zaměřená šířeji než jen na obsesivně-kompulzivní problematiku, se mi tak jeví zcela nutná.** Pacient při KBT je sice vybaven prostředky na zvládnutí aktuálně zhoršených a nárazových stavů útočné úzkosti, ale může se stát, tak jako v tomto případě, že osoba odejde s dalšími získanými obsesemi, které nejsou nijak dále ošetřeny. Ve skupinové terapii této poruchy často terapeuti vybízejí v rámci společného sezení klienty k tomu, aby jmenovaly nejhorší zástupce svých obsesí. To ale právě v tomto případě vyvolalo přijetí další obsese za svou. Vznikla tak situace, kdy k vlastní, dosud nejzávažnější obsesi týkající se toalety, přibyla další a sice veřejné odpadkové koše, které prosazovala drtivá většina klientů, coby nejodpornější a nejnebezpečnější předměty. Toto sdělení pacienta koresponduje s naší domněnkou, že s kontaminační variantou OCD bývají pacienti velmi ostražití a náchylní k absorbování dalších potenciálně rizikových komodit. S touto skutečností by se mělo opatrně zacházet při skupinových sezeních, u těžkých případech OCD bych se téměř výhradně přikláněla k terapii individuální.

Pravdou je, že se po operativním zákroku žádná další nová obsese neobjevila a pokud tato tendence byla, podařilo se ji úspěšně zvládnout. (*„Někde jsem četl, že se mnoho lidí bojí při projíždění autem kolem cyklisty, aby ho nesrazili. Asi 2 týdny jsem se na to soustředil, ale teď to nějak, odeznělo.“*) Zda to bylo účinkem operace, což je více pravděpodobné, když se další obsesivní tematika dosud neobjevila, nebo z jiného možného důvodu, nechávám na zvážení. Nelze na takovou otázku ještě nyní odpovědět, nicméně zkušenost se snadným přijetím nových obsesivních témat, jistě může posloužit k informovanosti terapeutů pracujících s osobami s OCD.

V rámci úvodního sezení po operaci jsme se snažili identifikovat udržovací faktory. Mezi prvními bylo samozřejmě potvrzeno kompulzivní chování spočívající v očištění. Dále to pak byla přecitlivělost na spouštěče (např. hmyz, který je nejnovější a poslední obsesí – registruje ho velmi rychle, neboť se obává, kde se všude mohl usadit – obdobně vnímá popelnice a odpadkové koše, které obchází velkým obloukem, venku se cítí natolik nejistý, že nosí stále dlouhé kalhoty a rukávy a to i při vysokých denních teplotách, raději se zpotí, než by riskoval, že se někde dotkne – obdobně řeší potraviny v lednici a ve spíži, jelikož jsou relativně nedávno donesené zvenčí, anticipuje rizika jejich cesty od výroby až do okamžiku, kdy si je přivezli domů a různými úhybnými manévry se kontaktu s nimi vyhýbá). Dalším udržovacím faktorem je chování okolí, které obsese a kompulze „odměňuje“, byť to od třetích osob není takto původně myšleno. Nicméně jelikož se

manželka stará o očistu domácnosti, snahy pacienta v tomto polevily. Dle svých slov zjistil, že to manželka stejně udělá nejlépe nebo jak přiznal později, stále by to nebylo dostatečně čisté podle jeho představ, proto raději nechce o tom nic vědět a žije v jakési představě, iluzi, že je vše čisté a bezpečné. Obdobné je to s praním prádla, připadá mu, že není možné vyndat z pračky prádlo čisté, když se tam vkládalo špinavé a máchalo se v té špinavé vodě, čímž se pračka kontaminovala od špinavého prádla i vody. Při odchodu z domu nastává ideální stav, když si může vše překontrolovat a následně tuto kontrolu provede i manželka. Není klidný, pokud to provádí jen manželka, jelikož ji několikrát přistihl při lži, když tvrdila, že něco omyla či zkontrolovala a nebylo tomu tak. Manželka rovněž vede celou domácnost, což pacient vnímá jako optimální a je s tím spokojen. Je to částečně proto, že je si vědom své neschopnosti vykonávat určité práce a z části proto, že manželka na příklad raději sama poseká zahradu během hodiny, než by se s tím manžel zaobíral celý den...

**Nízké sebevědomí** je další oblastí života pacienta, které jistě spolupůsobí na slabé ofenzivitě pacienta vůči nemoci, ale i při každodenních výzvách a překážkách. Musí být pro něho extrémně vysilující potýkat se ve společnosti s poruchou OCD, která bývá z pohledu ostatních lidí vnímána jako bizarní a to tím spíš, pokud nízké sebevědomí<sup>14</sup> dostatečně nechrání kohezitu vlastního já. I tuto skutečnost bude třeba s pacientem prodiskutovat a navrhnout ji jako další náplň terapeutických setkání. Potřeba rozvíjet stránku sebeuvědomění je zde nezbytnou součástí péče, stejně jako stimulace sebevědomí.

Pro rychlou orientaci byl použit relativně krátký test osobnosti Cornel Index, jehož výsledky uvádím níže, přičemž *významné jsou hodnoty nad 50*. Při takovém výsledném údaji dostáváme signál, že pacient překročil v 50% počet patognomických odpovědí a výsledek se tak nachází v kritické oblasti (Svoboda, 2010).

*Strachy a maladaptace 44%*

*Deprese 83%*

*Nervozita a úzkost 50%*

*Děsivé reakce 43%*

*Symptomy psychosomatické 40%*

*Hypochondrie a astenie 34%*

---

<sup>14</sup> Nízké sebevědomí je často přítomno u neurotických poruch

*Symptomy gastrointestinální 14%*

***Senzitivita a podezřívavost 50%***

*Psychopatické potíže 36%*

*Asertivita 40%*

Pacient uvádí, že subjektivně vnímal lepší výsledek u první operace než u druhé. **Magické myšlení zůstává**, byť není tak imperativní, velký rozdíl je zejména ve **fyziologických projevech úzkosti** (na úzkost má kapsulotomii potvrzený vliv), ty pacient **neguje**, hlavní stížnost tak směřuje vůči myšlenkám. **Kompulze je schopen v některých případech odložit** (např. očistné rituály s vědomím, že se důkladně očistí večer, vyřizování na úřadech sloučí do jednoho dne s tím, že pobyt na veřejnosti vydrží a očistí se důkladně večer). Mezi nejnovější podněty, kterými se pacient zabývá, patří klika od auta (3 roky stará záležitost), hmyz a veřejné odpadkové koše (vznik obsese před první operací). Klika se následně stala problematickou na všech veřejných prostranstvích, Jako velmi ohrožující ji vnímá u branky k ordinaci (za vstupními vrátky je po straně vyzděný výklenek, v němž stojí popelnice). Tento dvojitý apel magického myšlení u pacienta způsobuje výraznou tendenci k zabezpečujícímu chování (navléká si zimní rukavici, kterou si otvírá vrátka a svléká ji až v autě, kde ji prý již nepoužívá – před operací v ní i řídil). Stav kůže na ruce výrazně zlepšil, při letmém pohledu nejsou na pokožce patrné žádné známky po její opakované traumatizaci způsobené příliš častou a dlouhodobou agresivní hygienou (pacient používá indulonu, doporučena další alternativa Excipial).

**Zájmy a koníčky** – pacient má momentálně novou herní konzoli, která je pro něj zdrojem radosti, vzhledem k tomu, že ji využívá pouze on, její ovladač je tedy bezproblémový. Jinou situaci představuje televize, resp. její ovladač. Většinou se dívají s manželkou (televizi zapíná ona). Pokud manželka není přítomna, na televizi se nedívá. *„Vzít si na to rukavice nebo sáček mi přijde hodně divné, navíc je spousta jiných užitečnějších věcí, které mohu dělat. Otázkou je, pokud by v televizi bylo něco velmi zajímavého, např. mistrovství světa (úsměv), které se blíží.“* Jinak jsou zájmy pacienta dosti chudé. Nedokázal si rychle vybavit, zda to bylo před poruchou jiné, scházeli se snad více s přáteli, to prý určitě, ale konkrétní zájem či činnost, která by mu přinášela radost si nakonec nebyl schopen vybavit. S pacientem jsme se dohodli, že alespoň jeden přitažlivý „koníček“ budeme hledat venku (mimo dům) a uvnitř se spokojíme s herní konzolí. Při tomto tématu rozhovoru se pacient překvapivě nezmínil o kontaktu s dcerou, ale může to být dáno tím, že dcerka ve věku 3 let je pro něj výraznou zátěží (což neznamená, že by si

s ní vůbec nehrál), ale dle jeho slov se jedná o dítě velice živé a též živelně a nepředvídatelně jednající, což je přiměřené sice věku a chování i ostatních vrstevníků, pro něho je to je již těžko zvladatelné. V kontaktu s dcerou ho znepokojuje především i nekontrolovaný až bezstarostný kontakt rukou a dalších dotyků, jak je u dětí běžné, což pacientovi přináší zmatek a nejistotu, kterou se snaží sice potlačit, ale uvědomuje si, že vrstevníci jeho dcery mohou přicházet z infekčního a neznámého prostředí a svým chováním mohou toto nebezpečí přenést na dceru a zprostředkovaně na něho. Bezvadný zdravotní stav dcerky není dostatečným argumentem. V jeho případě se tedy nejedná o citový chlad vůči vlastnímu dítěti ale o patologickou opatrnost, aby se vyhnul potenciálnímu ohrožení. Vzniká zde problém, kdy dítě intuitivně hledá v jeho osobě přirozenou blízkost, něhu a rodičovskou jistotu a autoritu. Z jeho strany je však odpovědí rozpačitý limitující kontakt, což si dcera nedokáže zatím správně vysvětlit a vnímá to jako emotivní odtazitost. Zjevně to způsobuje v dítěti nejistotu, čehož si povšimla i matka dítěte. Dcera by ráda chodila hrát si s otcem ven, ale v podstatě se tam s ním bojí. Pacient si to uvědomuje a obává se, že se dítě časem od něj odcizí, neboť si bude vysvětlovat jeho reakci jako nedostatek lásky. Rizikové faktory ve vývoji dětí rodičů trpících OCD byly popsány v teoretické části a v tomto případě korespondují s pozorovanou situací i v tomto konkrétním případě. Protichůdnost prožitku a ambivalence zde hrají podstatnou roli, kdy na jedné straně je subjekt přitahován k dítěti a chtěl by mu projevit něhu, zároveň se však obává, aby tím nezpůsobil především sobě nějakou újmu. Egocentrismus je zde patrný.

**Kontrolování** dle pacienta ustoupilo, u **hygieny** to není tak výrazné. Při kontrolování se zdá, že pacientovi pomáhá určitý časový stres, čímž je jeho činnost omezena a není tak dlouhá. Dnes už se nestává, že by dům při odchodu kontroloval dokola až do stavu vyčerpání. Ale i tak to vnímá jako únavnou činnost.

**Hygiena** – pacient poněkud ztratil povědomí o tom, co je normální: jak dlouho se mýt, po čem se mýt. Často klade okolí i terapeutům otázku, jak dlouhá je optimální doba mytí a čeká odpověď, která by ho měla ujistit, že nic nezanedbává a přijal by ji jako dogma. Dokázal již se ovládnout v tom, že dcerku nijak nenutí, aby se více důkladněji umývala, ale přiznává, že se mu její hygiena nezdá dostatečná. Stejně tak již nekontroluje hygienu manželky. Sprchuje se večer důkladně před ulehnutím. Ráno se již nesprchuje. Pouze se opláchně, což velmi urychlí ranní odchod z domu.

**Vnější prostředí** je oblastí bohatou a živnou pro nejrůznější obsesivní myšlenky a usnadňuje i anticipace nejrůznějšího nebezpečí. Pacient se zde pohybuje pouze z nutnosti,



procházky či aktivity ve venkovním prostředí mu radost nepřinášejí a bere je jako nutné zlo a nutnost, když se musí přemístit z místa na místo. Zcela výhradně chodí s rukama v kapsách, aby se mu nekontaminovaly ruce. Pokud je nutné s něčím manipulovat, využívá zimní textilní rukavici (viz. příchod do ordinace). Zkoušel jízdu na kole s kamarádem, ale často se zastavoval a zkoumal, co je na zemi. To ho vyčerpávalo, protože neustále musel vymýšlet důvod zastávky. Zkoušel kickbox, ale nechal toho po několika hodinách, už ani neví proč, asi to bylo kvůli pracovnímu vytížení, pracoval většinou až do 18:00 hod., když pak měl jet za nějakou aktivitou, vracel se domů po 20:00 hod. Musel se důkladně umýt, připravit na druhý den a tak se do postele dostával velmi pozdě, nehledě na to, že se s manželkou vlastně celý den neviděl a s dcerkou rovněž tak.

Podobných situací, kdy si pacient nevybavuje, proč nějaké činnosti zanechal a nebo naopak nabízí nedostatečné a nepřesvědčivé vysvětlení, se v rámci následujících sezení objevilo více. Je možné, že vysvětlením by zde byla prokrastinace. V dalších sezeních se však objevuje až evidentní lenivost, zejména v situacích, kdy je potřeba konfrontovat vlastní síly s OCD a udělat další krok se objevuje zřejmé vyhýbavé chování.

**Kontaminace** – u pacienta jde především o strach z toho, že se mu může „špína“ dostat do úst. Vytváří si podivuhodné konstrukce. Například kdyby se někde opřel, poté si sáhl do vlasů a nebo rovnou na obličej, mohla by se mu „špína“ přenést až do úst. Na otázku, co by se pak stalo, odpovídá: „*Otrávil bych se, možná by mě to mohlo i zadusit.*“

U pacienta tedy převládá **velký strach z nevratných fyziologických změn.**

**Opatření:** Zahájili jsme cvičení relaxace, konkrétně sofrologické varianty, která měla především pacienta zklidnit a podpořit vnímání jeho těla. K tomuto kroku nás vedly dva důvody a prvním z nich, proč jsme se tak rozhodli byl fakt, že při kontaktu s pacientem bylo na první pohled patrné, že si není příliš jistý vlastním pohybem v prostoru, resp. tím, zda se něčeho nebezpečného, kolem čeho aktuálně prošel nedotkl, a pokud prošel, nebyl si jist, zda to bylo v bezpečné vzdálenosti, a zda dostatečně anticipoval možná nebezpečí. Při těchto poznacích se dá předpokládat, že děsivé reakce pacienta, spojené s možnou kontaminací, které sice kapsulotomie po fyziologické stránce utlumila (snížení pocíťované úzkosti, pocení, tachykardie, sucho v ústech) se však dále promítají v chování pacienta ve smyslu do jisté míry „zastřeného“ vědomí. Obsesivní myšlenky stále zaujímají významný podíl na psychické činnosti pacienta a způsobují s největší pravděpodobností jeho „slepotu“ v reálné situaci teď a tady. Když například prochází schodištěm do ordinace,

obsesivní vtíravé myšlenky zaplavují jeho vědomí a nezbyvá mu již volná kapacita na vnímání, jak se prostorově pohybuje tělo v daném prostředí. Otázkou stejně naléhavou je jak mytí zrušit v motorické paměti.

Druhým důvodem, proč byla právě sofronizace zvolena, byla zřejmá vyčerpanost pacienta, jelikož vstával po 8 – 10 hodinovém spánku neosvěžen a bez energie. Sofronické cvičení jsme vyzkoušeli na prvním úvodním sezení, kde se vysvětlila podstata a důležitost relaxačního cvičení a pacient obdržel s sebou domů nahrávku, s níž měl sofronizaci cvičit ideálně 3x denně, což pacient negoval pro nedostatek času. Domluvili jsme se tedy na 2 cvičeních denně, s tím, že je potřeba počítat s pomalejším zácvikem. Je však potřeba, aby ji cvičil alespoň 1 x denně, kdy to výjimečným případem nepůjde vícekrát. Cvičení je dlouhé cca 15 minut a vzhledem k tomu, že manželka zajišťuje praktický celý chod domácnosti, není důvod, aby to nestíhal. Zapojit do cvičení může ovšem i manželku, čímž se získá podpůrný element pro pacienta a také manželka z toho může mít užitek – její vyčerpání je obrovská, protože pracuje jako právnička na částečný úvazek, stará se o celou domácnost, (tj. dům a celkem 3 osoby). Pacient zapíše po relaxaci svoje pocity a ohodnotí relaxovaný stav, který zažíval po cvičení na procentuální stupnici 0 – 100. Pacient souhlasil a byl informován o možnosti, že nebude zprvu pociťovat žádný účinek, nicméně je potřeba vytrvat.

Do dalšího setkání si promyslí pohybovou aktivitu, která by ho bavila a byla pokud možno mimo domov, nejlépe venku.

Pacient byl objednan na komplexní kontrolní vyšetření v Psychiatrickém centru až v červnu 2014, tedy za dva měsíce, proto jsem se rozhodla na příštím setkání předložit pacientovi Y-BOCS, abychom zjistili, s jakou úrovní obsesí a kompulze se potýká 4 měsíce od operace a mohli jsme se tak více zaměřit na konkrétní zakázku. Pacient zmínil možnost, že přijde o zaměstnání, což by mohlo mít vliv na jeho psychický stav (důvodem si není jistý, dochází ke snižování zaměstnanců, končí jeho projekt, avšak jakou roli v tom může hrát OCD není schopen posoudit). Pacient ubezpečen, že ztráta zaměstnání může poskytnout i větší prostor pro léčbu a není tedy důvod na ní nahlížet jako na něco tragického, zejména pokud mají finanční rezervu a nejsou existenčně ohroženi.

*Květen 2014*

Sezení předcházela psychiatrická konzultace s primářem, předepsání léků. Dále byla probrána vysoká hodnota deprese, zjištěná testově při posledním sezení. Na pacienta

působí negativně jeho aktuální situace, kdy výsledek operace není takový, jaký očekával, paralelně s tím přichází o práci a je unavený z dlouhodobé progresse onemocnění, péče o dcerku je tím pro něj stále náročnější, byť se jeho podíl na chodu rodiny nedá srovnávat s nasazením, které musí zvládat manželka. Situaci si uvědomuje. Připadá si zbytečný a neschopný, ale to vše je důsledek aktuální zhoršené rodinné situace. Po dohodě mezi pacientem a lékařem bylo rozhodnuto, že do příští návštěvy zůstane dávkování antidepresiv beze změn, pokud by cítil zhoršení, objedná se dříve.

Relaxaci cvičí, ale necítí se osvěžen, daří se mu však uvolňovat dle mluveného slova. Až na pár výjimek se dařilo cvičit 2 x denně. V nácviku soforizace bude tedy dále pokračovat.

Pohybovou aktivitu promýšlel, zájem by měl o florbal, jenže nikde v okolí ho neprovozují. Alternativní aktivita squash se pacientovi nezdá vhodná, protože po léčích hodně přibral, váží nyní asi o 15 kilogramů více, než byl dříve zvyklý, (neuroleptika i antidepresiva bohužel mají jako vedlejší efekt přírůstek na váze). „*Mám obdobnou zkušenost s badmintonem, tam jsem si i přes protažení na začátku často něco natáhl nebo uskřinul*“. Ideálním sportem by v tuto chvíli bylo plavání, nehledě na obtížnost zvládnutí pohybu v desinfikované vodě. Na druhé straně voda usnadňuje pohybové tempo, odpor vody posiluje a zároveň nadlehčuje vyšší váhu, čímž netrpí klouby. U tohoto pacienta s OCD to zatím není možné, ale můžeme se zaměřit na pohybovou aktivitu volnější. Badminton i squash jsou rychlé a na fyzickou kondici náročné sporty. Pacient promyslí i vhodné další možnosti a přijde s návrhem, který bude uskutečnitelný. Je možné, že překážky či nepříjemné aspekty nalezneme u většiny pohybových aktivit, možná u každé, ale to nevadí, je třeba najít všeobecně přijatelný kompromis. Překážky jsou však proto, aby se zvládaly. Dohodli jsme se, že budeme pracovat společně na jejich překonání. Na druhou stranu musíme konstatovat, že i překážky jsou pro nás v životě velmi důležité, protože jejich překonáváním se člověk posunuje dál, osvojuje si jiné dovednosti, nabývá zkušeností, obohacuje se ve všech směrech a to i v případě, kdy překážka zůstane „nedobita“. I neúspěch je součástí našeho života a nemusí znamenat jen ztrátu.

Pacient je hodně zaměřen výkonnostně a má tendenci k rigiditě a neměnnosti. Bylo třeba tedy často zmiňovat, že nic není neměnné a můžeme zkoušet dělat věci jinak či dělat zcela něco nového. Vzhledem k rigidním a vyhýbavým tendencím, kterými se OCD vyznačuje a ke kterým má pacient patrně blízko i osobnostním založením, se dá předpokládat, že bude

těžké pacienta přimět k určitým změnám v jeho životě, bez kterých však zlepšení stavu nemůže nastat.

Po vyplnění Y-BOCS byly skóry následující : obsese 12 (mírná)

kompulze 11 (mírná)

celkem 23 (střední)

Pacient se subjektivně hodnotí jako internalista, na I-E škále dle Rottera však vyšel (pravda těsně) jako externalista. V práci se mu nestává, že by měl puzení své úkony kontrolovat, dokonce i zpětnou vazbu, případně nějaké zhodnocení práce provádí až v okamžiku, kdy je to vyžadováno od nadřízených „shora“. K tomuto ho vede přesvědčení, že dělá věci nejlépe, jak to umí a tedy není nutná kontrola, lépe by to neudělal. Toto jeho popisované chování jsme probírali i v souvislosti s kompulzemi a to sice z toho důvodu, zda by mohl toto chování a reakce uplatnit např. při odchodu z domu. Před odchodem by kontrolu provedl jedinkrát a následně si uvědomil, jak precizní je člověk, což by mělo vyloučit možnost, že by něco přehlédl. Pacient však kontruje, že toto by u něj nefungovalo, což dokládá následujícím: „V denním stacionáři nám říkali např. právě s ohledem na odchod z domu, že si máme představit, co by se mohlo stát nejhoršího“ Racionalizaci rizik to však u pacienta nevyvolalo a to ani po diskusi, jak by se možné pohromy řešily, čím je takovým pohromám předcházeno (viz. pravidelné kontrolní prohlídky kotlů, komínů, přeměření spotřebičů apod.). Ne pomohlo ani případně vysvětlení, že nelze zkrátka předejít všemu, ale že i takové situace se dají řešit. Pacient však při těchto cvičeních pociťoval daleko větší úzkost, než při jeho obsesivně-kompulzivních aktech ve stejných situacích (např. tedy odchod z domu), která navíc dle jeho výpovědi byla konstantní a s postupem času se neoslabovala. Tato cvičení jsme tedy při sezeních neuskutečňovali, pouze jsme s pacientem probrali problematiku úseky jeho běžného dne (v květnu si již vybíral dovolenou, jelikož jeho pracovní poměr skutečně byl následně ukončen). V tu dobu byl tedy již doma, dcerka ještě chodila do školky na část dne a tak měl dost času pro sebe. Domluvili jsme se, že zkusí odejít z domu po jedné kontrole a půjde manželce naproti, až se manželka bude vracet z práce. Bylo jasné, že to neprovede každý den, jelikož po jakékoli návštěvě venkovního prostředního – byť vlastní zahrady – následovala vždy důkladná a dlouhá sprcha. Vysvětlili jsme si, že si tak ale může vyzkoušet a ověřit, že se nic zlého nestane. Pomoci k rychlému odchodu měl fakt, že během chvíle se vrátí s manželkou domů a může zasáhnout, kdyby byl v domě problém.

Tím, že pacient zůstával přes den sám doma, takřka bez nějaké pracovní náplně, začaly se symptomy OCD zase horšit. To nasvědčuje tomu, že u OCD jsou významné hranice či limity. Jestliže osobu zbavíme povinností, režimu a jakýchkoli aktivit, přesune se energetický potenciál do obsesivně-kompulzivní symptomatiky. Pacient sdělil, že se mu opět (jako před operacemi, kdy byl jeho stav velmi vážný) podařilo celý den nejíst a nepít. Manželka totiž telefonovala, že přijde dřív...pacient si však neuvědomuje, zda to bylo úmyslně, že by s tím na ni čekal, nebo se jen zabral do nějaké práce na počítači. Vzhledem k tomu, že se mu takové intenzivní zabránění se do práce ( a tím pádem ztráta kontroly času a reality s následkem, že vynechá po většinu dne požití tekutin a stravy) zatím nestalo a navíc ani manželka nevolala v poslední době, že by přišla dřív ( její příchod korespondoval s pozdním časem pacientova oběda), nevnímal to jak nějaký nezdravý signál. Sdělila jsem pacientovi, že to na mě dělá ten dojem, že po zprávě o manželčině plánovaném časnějším příchodu, spíše přenechal problematické úkony (příprava tekutin a stravy) na manželku, což ho mohlo uvést do většího klidu a klidně se i do práce na PC mohl zabrat. V každém případě jsme se shodli následně na tom, že manželka není jeho služkou ani opatrovatelkou. A vyzvala jsem pacienta k tomu, aby zkusil vymyslet jiný scénář. V tomto ohledu se opět projevila pacientova určitá staženost až rigidita a to myšlenková i emoční - příliš se mu nechce do hledání alternativ. To málo povinností, které doma má, by však na manželku přesouvat neměl a pokud ona přijde z práce dřív, mohou tento čas využít dle vlastních představ.

Vyvstala zde aktuálně další potřeba : naplnit něčím pacientův den, než jen hledáním práce a hraním počítačových her. Jelikož je pobyt mimo dům pro pacienta velmi náročný, začali jsme hledat aktivitu v domácím prostředí, která by byla pravidelnější než ta venkovní, s níž stále zápasíme a nedaří se jí nalézt. Ve vnitřním prostředí se cítí přeci jen bezpečněji a tak je možné tu fungovat s menší podporou třetích osob. Tím jsme ovšem narazili na zajišťující úkony, o nichž se pacient zatím nikdy nezmínil. Po domě si totiž vytvořil své trasy a do některých částí vůbec nechodí. Po příchodu domů se umyje (očista od nejhrubších nečistot) ve spodní koupelně, kde nechá ležet věci, v nichž byl oblečen venku (manželka je po příchodu domů vloží do pračky a vypere, pere se u nich denně.) Od té chvíle do této koupelny již nechodí. Vyhýbá se též „hostinskému“ pokoji, v němž je šatna a kde manželka odkládá kabelku a oblečení, v němž chodí ven. Do tohoto pokoje vůbec nechodí, ale přitom jej kontroluje při odchodu z domu, neví proč to začal dělat, ale momentálně má obavy, že by tam mohlo začít hořet, kdyby zůstalo rozsvícené světlo. Další

velký problém je s obývacím pokojem: do jedné jeho části vůbec nechodí – tam je bohužel zrovna jídelní stůl, takže nejí s rodinou takřkajíc u jednoho stolu, ale stravuje se sám na gauči u konferenčního stolku. V „nebezpečné“ zóně u jídelního stolu je rovněž část stěny, kde vzlíná vlhkost nebo tam možná zatýká, takže se tam dělají mapy a to jej vysloveně odpuzuje. Dost možná zatékání vody souvisí s komínem, který je tam připraven pro stavbu krbu, to ovšem zase způsobuje u pacienta obavy, čím a jak si tam topili dělníci při výstavbě domu, zda v komíně nezůstalo nebo nebezpečného. Oblast jídelního stolu je pro pacienta ohrožující z více důvodů a prozatím jsme ji dále nerozebírali a neumísťovali tam žádné aktivity, pouze jsem podotkla, že mokrá stěna by se určitě v novém v domě měla řešit, aby si na to s manželkou někoho pozvali. Odpadkový koš je v domácnosti (viz. žebříček obsesí) nejobtížnějším místem. Je pouze v kuchyni a vynáší jej manželka. Pokojíček dcery pacient sice navštěvuje, ale necítí se tam dobře. Dcerka tam má věci ze školky, navíc hygienu dcery považuje (dle svých představ) za nedostatečnou. V dětském pokojíčku je také umístěn trenážér – připadá mu kontaminovaný, jelikož se tam používá na promazávání olej a jednou na něj stoupl v botách, které nebyly zcela čisté. Nakupovat sám nechodí, pouze s manželkou.

**Venkovní prostředí** je pro pacienta nepříjemné pro:

- **zem** (na níž může být prakticky cokoli)
- **předměty**, které nemůže mít absolutně pod kontrolou, nemůže ovlivnit,  
kdo s nimi co dělá a tedy není schopen rozpoznat, co z toho je  
pro něj bezpečné

Vzduch venku ho neděsí, spíše špína a její nekontrolovatelné šíření, hmyz atd. Hodně se zabývá pneumatikami (auto, bicykl), které jedou po zemi a všeho se dotýkají, sbírají nečistotu.

**Neznámé prostředí** – např. při dovolené z počátku mnohé neřeší, ale po několika dnech začne přemýšlet, jak to tam uklízečka rovná, že sahá na všechno možné i v jiných pokojích a poté jim stele postele atd., obdobný mechanismus pacient nastínil i u pohybových aktivit, o které se snažil. Když jezdil na kole, neřešil takový problém, později začal vnímat pneumatiky jako rizikové, následovaly pedály atd. V myšlení je tedy patrný algoritmus, který pacient využívá v opakujících se situacích či v prostředí častého pobytu. Téměř se zdá, že pacienta neděsí věci či situace samy o sobě, z jejichž podstaty by vycházela úzkost (jako třeba u arachnofobie přítomnost pavouka). Pacient si sám vytváří schéma nebezpečí, které nasadí na danou novou situaci. Jinak si nelze představit takový

rozdíl v chování na dovolené, kdy několik dní proběhne téměř bez problémů a až následně po „zažití a zmapování místa“ začne na něj aplikovat obsesivně – kompulzivní nadstavbu. Otázkou je, jakou roli v tomto mechanismu může hrát analyticko – syntetické myšlení, které má dle testů v pásmu nadprůměru, a dále zdatnost v percepční a konstrukční oblasti což je rovněž testově zjištěnou (Sámková, 2014).

Pacient dostal za úkol pořídit si plastový koš (či za něj zvolit obdobnou náhradu) na papír a nechat si ho v pracovně. Když to bude zvládat, může zkusit s dcerou zmačkat papíry a házet je do koše, jako při košíkové. Pacient totiž normálně téměř žádný odpad nevytváří, má vše v elektronické podobě, takže využít jej k odhazování běžného suchého odpadu nemůžeme, zatím začneme tedy tím, že si bude zvykat na jeho přítomnost a plnit ho čistými papíry. Pokud přichází z venku domů a vysvléká se, zkusí hodit oblečení do pračky, stejně je má při vysvlékání v ruce a pračky se dotýkat nemusí, pouze tam prádlo vhodí. Pokračovat bude dále v relaxaci a zkusí probrat s manželkou nákup sítě do oken, aby si mohl větrat, jelikož se bojí hmyzu, je vlastně celý den zavřen v bytě. Procházky ho moc neoslovují, sám ven vůbec nechodí, ani si nesedne na terasu či zahradu. Je hodně pobledlý a jelikož momentálně nepracuje, je potřeba ohlídat riziko sociální izolace, aby se nepřidal strach z lidí a neakceleroval ještě více strach z venkovního prostředí. Na příštích sezeních zůstaneme u práce s prostředním vlastního domova a začneme pracovat i s venkovním prostředím, vždy tak, aby jeden úkol byl pro pacienta snáze proveditelný, což by mělo podpořit jeho pocit vlastní hodnoty tím, že má kontrolu nad terapií, že si může zvolit a není mu vnucováno. To by se mělo odrazit i na motivaci pacienta, která není nikterak vysoká, ale není se čemu divit, po 8 letech boje s těžkou formou OCD. Proto je důležité pacientovi vhodně opakovaně předkládat jaké pokroky udělal (neoživovat však ve vzpomínkách barvitě jeho obsesivně kompulzivní stavy), jelikož jsme se setkali s tím, že se osoby s OCD mají v průběhu terapie tendenci srovnávat s populací bez OCD diagnózy a tak se jim aktuální stav, byť výrazně zlepšený, zdá neuspokojivý, výsledek léčby nevalný a prohlubuje se u nich beznaděj či přímo propadají depresivním stavům.

Během května přestala chodit dcerka na celý den do školky, vzhledem k tomu, že pacient byl doma. Manželka pracuje stále na částečný úvazek a tak odchází z domu na cca 6 hodiny. S dcerkou je tedy celý den doma, jídlo pouze ohřeje, manželka je připraví dopředu. Prostředí doma považuje za relativně bezpečné v rámci svých tras a způsobů procházení domem, stále si hlídá, čeho se dotkl či nikoli a patří k tomu i vysoká obezřetnost směřující ke schématu těla. Kde se čím dotkl, kterou ruku má jakžtakž „čistou“

apod. Okna neotvírá jen z důvodu, že by mohl vlétnout hmyz a také proto, že je otvírá manželka a nevěří tomu, že si před tím myje vždy ruce, zejména mu vadí, když je otvírá hned po příchodu z venku. Na dotaz, jak je u něj s hlínou či trávou odpovídá: „Hlína mi sama o sobě nevadí, spíše se bojím, co tam v ní mohu najít, bez rukavic na ni nesažám, stejné je to s trávou, tu dokonce seču, ale okolo benzínu a servisu musí fungovat manželka.“ Pacient vyslovuje velké obavy z toho, co bude až nastoupí práce. Neobává se ani tak pracovní náplně, nových úkolů apod. spíše ho zajímá bezpečnost prostředí. Nevnímá se (ani z klinického pozorování se tak nejeví) jako přehnaně puntičkářský, perfekcionista člověk se sklonem k pedantérii. (Na otázku, zda tento dojem měli lidé kolem něho odpovídá, že v zaměstnání mu to bývalo nadřizenými vytýkáno, nyní – v posledním zaměstnání - již ne a co se týká uspořádávání věcí je spíše „bordelář“.

**Dominující** problematikou jsou v tomto případě **magické myšlenky** a tak i veškeré obavy z nástupu do nového zaměstnání jsou veskrze obavami spjatými s cestováním a fungováním v určitém prostředí plném lidí. (viz. v posledním zaměstnání například téměř celý den nepil a nejedl, aby nemusel na toaletu – problémem byla toaleta samotná, ale i následné mytí, které v permanenci, v jaké byly toalety využívány, nemohl v klidu provést a dokončit). Zkoušeli jsme využít funkci ozónovače, jako prostředku pro očistu bez vody, alespoň v některých případech, ale tento náhradní způsob nevyvolal u pacienta dostatečný pocit bezpečí a to zejména po technické stránce (kterou umí dobře, vzhledem ke svému vzdělání, posoudit) a neuspokojoval jej ani mechanismus účinku, takže tento nápad nebyl v terapii využit.

V následujících sezeních se tedy zaměříme na mytí rukou, zejména s ohledem na možnost fungovat v zaměstnání bez nápadností. A pokud bude přiměřené počasí, podnikneme vycházku venku, abych měla možnost vidět pacienta v reálných venkovních podmínkách. Zrovna v tento den bude totiž prováděno blokové uklízení ulice.

Pacient bude dále cvičit relaxaci a promyslí, jakou překážku by v rámci OCD mohl zkusit překonat ve stavu excitace. V posledním týdnu se prý s manželkou několikrát pohádali, resp. jej měla něčím vytočit (hádky jako taková se u nich prý téměř nevyskytuje, každý si myslí to své). Mohli bychom zkusit využít hádkou zmobilizovanou energii, která se v takovém okamžiku kumuluje, jinak je pacient v projevu velmi intravertovaný, nejistý, celkově se chová neprůbojně a působí unaveným dojmem, zasměje se zřídka.

Hodinový pobyt s pacientem venku na dalším sezení přinesl nové poznatky o jeho obsesivní problematice a v mnohém doplnil obraz projevů OCD, který jsem si zatím mohla



vytvořit pouze z informací, které pacient sám sděloval (a případně z dalších zápisů – chorobopis, souhrnné informace o stavu pacienta z Psychiatrického centra). Pacient však spoustu věcí pokládá za roky boje s touto úzkostnou poruchou za normální a může se tak stát, že je opomene zmínit. Rovněž i pro jejich četný výskyt a provázanost zřejmě bylo těžké zmínit všechno a na nic nezapomenout. Proto přímá účast na konfrontaci pacienta s venkovním prostředím umožnila nahlédnout a zakoušet to, v čem pacient prostřednictvím OCD žije. Můj zážitek z této procházky postrádal sice zjištěnou manifestní úzkost a obavy, které zažívá v takových situacích pacient, ale monitoroval neustále prostředí, vyhodnocoval nebezpečí a snažil se volit nejvhodnější cestu (např. vyhýbat se kontejnerům), předvídat obtíže a reagovat na někdy rychle se měnící situaci (projíždějící popelářský vůz). Bylo to oboustranně vysilující, nikdy jsem například nevníkala odpadkové koše a zpravidla, když jsem potřebovala něco vyhodit, nebyl žádný v okolí.....nyní jich bylo kolem až příliš, v některých úsecích bylo téměř nemožné najít cestu v bezpečné vzdálenosti. Vracet se z tohoto důvodu jsme se sice nemuseli, ale několikrát jsme si s pacientem vyměnili strany, abych byla mezi ním a kontejnerem, pokud by šel sám, pravděpodobně by zvolil jinou cestu, jak sám následně potvrdil. Kromě monitorování venkovních odpadkových nádob se pacient neustále věnoval povrchu cesty, pohled na rozkvétající přírodu jej příliš netěší, ptáci jsou pro něj zdrojem nákazy, psa a kočku by nepohladil. Necítí k nim odpor, nejsou pro něj ohavní, ale opět pouze nebezpeční, protože prolezou, vyválí se a očuchají vše co je poblíž. Jejich kožich se nedá dost dobře umýt. Pacient sdělil, že před operací měli s manželkou v plánu, že když se vše povede, pořídí dcerce zvířátko – asi kočičku.

Jeho představa o výsledku operace byla taková, že se probudí z narkózy a obsesivně-kompulzivní prvky jeho života budou pryč. Toto je moment, který ukazuje na nutnost nastínit pacientovi, jaké výsledky lze od neurochirurgické operace daného druhu očekávat. I u dalšího popisovaného případu těžké formy OCD (viz. kazuistika ženy), je totiž zřejmé, že tato operace ovlivní úzkostné stavy, zeslabí děsivé reakce, ale téměř neovlivní obsesivní náplň myšlení. Účinek na úzkostné stavy se důvodně předpokládal. Vzhledem k současným neurofyziologickým poznatkům o mozkových strukturách, respektive na základě těchto poznatků byly cílové léze zvoleny v oblasti předního raménka capsula interna bilaterálně. Možná příliš optimisticky jsme přece jen očekávali, že ztratí-li situace a předměty svůj „úzkostný náboj“, nebude puzení ke kompulzivním rituálům tak silné a případně postupně zcela vymizí spolu s obsesemi. V tomto případě se tak však nestalo.

Oslabily se emoční reakce na obsesivní podněty do takové míry, že je pacient schopen existovat a netráví kompulzemi téměř celý den jako tomu bylo před operací, nicméně bez výrazné pomoci manželky, která z něj odnímá většinu zátěže každodenního života, by sám přežíval asi ve velmi nepříznivých podmínkách, pokud by toho vůbec byl bez cizí pomoci schopen. Vzhledem k realitě a zjištění, jak příliš pacienta zaměstnává kontrola venkovního prostředí, ustoupila jsem od plánu trvat na jeho vycházkách s dcerkou ven, i když pro vývoj vzájemných vztahů by to bylo jistě velmi žádoucí.

Na příštím sezení probereme podle předběžného plánu možnost, že by s dcerkou šel alespoň na jejich zahradu (venkovní prostřední, ale naprosto známé, které může ovlivňovat) a strávil tam s ní nějaký čas, než se manželka vrátí z práce. Pacient byl oblečen do trička a lehké softshelové bundy, kterou měl zapnutou, přestože venkovní teplota vystoupila asi na 25 stupňů C. Přiznal, že je mu horko, ale nepřipadalo v úvahu, že by si bundu sundal nebo rozepnul, chce být izolován od venkovního prostředí, protože by na něj mohl sednout nějaký hmyz, přenášející choroboplodné zárodky. Procházka pacienta evidentně zmáhala, zadýchával se, což je známka, že fyzická kondice není evidentně nikterak velká (nadváhu částečně způsobují léky, sedavý styl života chudý na pohyb a životospráva se na tom rovněž podílejí).

#### *Červen 2014*

V den sezení bylo velmi hezky, vzhledem k tomu, že pacient je stále většinu dne zavřený doma, navrhla jsem opět vycházku ven. Pacient souhlasil, působil dojmem osoby po dlouhou dobu upoutané na lůžko, byl bledý, snadno unavitelný. Domnívala jsem se, že tak alespoň hodinovým sezením venku trochu přispějeme k jeho chráněnému pobytu na čerstvém vzduchu. Při vycházkách ven nejdeme příliš do podrobností, v okolí ordinace je upravený parčík, malé sídliště se základní školou a stará vilová čtvrť. Dopoledne se tu prostředí hodně vylidní a tak můžeme v klidu probírat pacientovu situaci, aniž bychom byli někým vyrušováni a nebo posloucháni. Pacient tyto alternativní sezení vítá, jsme domluveni, že pokud narazíme na něco, co by chtěl probrat výhradně mezi stěnami ordinace, upozorní na to a nebudeme to venku rozebírat. Na vycházky s pacientem ven z budovy chodím v civilním oblečení, nechávám si pouze pracovní bílé tričko. Vždy začínáme tím, že se ptám pacienta, jaký měl týden, jak probíhal a mapujeme podrobně proběhlý čas od poslední návštěvy.. Vyzývám ho k tomu, aby zmínil a popsal, s čím nejhorším či nejtěžším se musel potýkat a jak to vyřešil (někdy se u toho zastavíme a

diskutujeme nad tím, jak jinak by to šlo udělat, jaký má situace význam (návštěva přátel u nich doma, potřeboval uhlídat sedačku/gauč, který vnímá jako velmi osobní prostor, aby mu na ni nepřenесли špínu z venku), ale většinou jde o pouhé sdělení („musel jsem projít kolem rozjetého mrtvého zvířete“). Následně pokračujeme nejpříjemnějším zážitkem. Tady pacient zpravidla déle přemýšlí, přestože ví, že tyto otázky přicházejí na počátku každého sezení. Jeho emoční život je objektivně vychudlý, zejména v oblasti pozitivních emocí. Nejde jen o poznatky z předešlého zaměstnání, v nichž popisuje, svůj postoj a přiznává, že nevyhledává osobní kontakt, ale je velmi málo věcí, které dokáže pojmenovat při otázce, co vám dělá radost, čemu se rád věnujete.

To bylo také důvodem, proč se nám nepodařilo vytvořit systém odměn, který se v KBT využívá, ani při opakované snaze jsme nenalezli k tomu účelu uplatnitelné zdroje potěšení. Jídlo jako potěšení odmítal, nechtěl aby se o tom vůbec mluvilo, zřejmě vzhledem k nárůstu hmotnosti po dosavadní farmakologické medikaci. S manželkou si přejí pořídít nějaké věci do domu a na zahradu. Zelený čaj (prodáváný ve formě limonády), který má moc rád, si vlastně dopřává stále. Nedokázal by si ho odříct, kdyby na něj neměl z nějakého důvodu nárok.

Po cestě jsme se zastavili u stánku na zmrzlinu. Veřejné stravování mu vesměs problém nedělá, občas zajde s manželkou i do restaurace. Koupili jsme si tedy zmrzlinu do kornoutku a zůstali sedět na lavičce. Pacient kornoutek nesnědl a stále jej držel v ruce. Na otázku, zda kornoutek nejlí odpověděl, že dříve ho jídal, dnes už nikoli, nepřijde mu to bezpečné, přestože viděl, že kornoutky plní prodavačka v rukavici a on, že si kornoutek drží v ubrousku. Vzhledem k tomu, že jsme měli ještě dvacet minut před sebou, vyzvala jsem pacienta, aby hodil kornoutek do odpadkového koše, poblíž kterého jsme procházeli a sama jsem tam vhodila ubrousek z kornoutku. Pacient to odmítal. Zůstala jsem stát u koše s vysvětlením, že jsem bariéra mezi ním a košem a může tedy kornoutek vyhodit, přičemž se nemusí ke koši úplně přibližovat, stačí jen tak, aby byl schopen kornoutek vhodit dovnitř. Asi po dvou minutách intervencí, kdy jsem pacienta povzbuzovala a zároveň podporovala, se odhodlal a kornoutek vyhodil. V té chvíli celý zesinal, opotil se v obličeji a téměř se mnou nekomunikoval mimo jednoslovných odpovědí. Vykazoval známky šoku. Během zbylých dvaceti minut, kdy jsme se vraceli pomalu do ordinace se uklidnil a mohli jsme si o tom, co právě dokázal ještě pohovořit. Přiznal, že se k tomu odhodlal jen díky tomu, že nechtěl vypadat přede mnou, tedy ženou, jako srab. Ubezpečila jsem ho, že si vážím, že právě tento důvod řekne na hlas. A že je dneska výjimečný den, protože dokázal

něco, čeho nebyl roky schopen. Jaký popud ho k tomu přiměl není tolik podstatné, protože dneska se velmi odvážně a tvrdě postavil OCD, které ho nutí žít život, jaký se mu nelíbí, a budeme spolu pokračovat dále tak, aby si svůj život začal brát zpět a mohl ho prožít tak, jak on sám si rozhodne. Pověřila jsem také pacienta, aby manželce doma řekl, jakých úspěchů dnes dosáhl. Když jsem se zeptala, jak to probíhá s odpadkovým košem v jeho pracovně, řekl, že ani neví, že ho tam má, že na něj ale „zapomněl“. Znovu jsme si připomněli, že má za úkol jej používat nebo alespoň s ním manipulovat ve formě hry s dcerou. Po návratu do budovy na otázku, zda si chce umýt ruce, ( i když jsem viděla, že se koše nedotkl), projevil o umytí zájem. Proběhlo během asi dvou minut. Ještě jsem se ubezpečila, že se pacient necítí špatně (jelikož tu byl sám autem), že zvládne cestu domů a rozloučili jsme se stiskem ruky (přestože já jsem si ruce po návratu do ordinace neumyla, čehož si nemusel, pravda, pod dojmem patrně toho nejsilnějšího zážitku dne, povšimnout).

Na dalším sezení pacient přiznal, že byl po zbytek dne velmi unavený. Dokonce si po příjezdu z ordinace na chvíli lehl a asi dvě hodiny spal. Domluvili jsme se, že těžší úkoly budeme zkoušet na sezení, v lehčích bude pokračovat doma sám. Proto jsme se domluvili, že dcerku před příchodem manželky domů vezme na zahradu a bude si s ní třeba chvíli hrát nebo na ni jen dohlídne. Může to být 20 minut nebo hodinka....podle toho jak se bude cítit, jaké bude počasí. Manželka si pak dcerku převezme, aby se mohl umýt nebo tam mohou ještě chvíli pobýt. V horkých letních dnech jsme se domluvili, že vyzkouší sprchu na zahradě, zda by nahradila sprchování doma, plánují si pořídil bazén, takže při pobytu na zahradě a ve vodě by se neměl „kontaminovat“, ale pro jeho lepší pocit, by se opláchl pod touto improvizovanou venkovní sprchou a domácí sprchu v koupelně by vynechal. Relaxaci cvičí dál. Neví, zda to dělá dobře, nic po tom necítí, někdy u toho i usne.

Na dalším sezení neměl ke sdělení téměř žádné špatné zážitky kromě strachu vázaného na splnění úkolu pobýt s dcerkou venku na zahradě. Podařilo se mu to dvakrát. Manželka to prvně dopředu nevěděla jen slíbila, že přijde na čas a byla velmi překvapená a měla prý velkou radost, když jí dcerka běžela naproti k brance. Po druhé už o tom věděla a zkusili tam tak pobýt delší dobu. Spojili to s večerí, chodí rádi do jedné restaurace v místě bydliště, po příchodu byla sprcha jako vždy, ale už jen 15 min, celý gel už nevypotřebuje – neuměl říci proč sprchování trvalo tak málo. Pacient popsal cestu do restaurace, přičemž přiznal, že má i pokud jde s manželkou celou cestu ruce v kapsách, aby měl jistotu, že se ničeho venku nedotkl. Díky tomu také může jíst v restauraci, aniž by si musel ruce desinfikovat gelem apod. Domluvili jsme se, že manželku cestou zpátky chytí za ruku, tak

bude mít jednak kontrolu nad svou rukou, která se nemůže nikde jinde dotýkat, manželce to navíc udělá obrovskou radost. V domě si hrál s dcerkou s košem, házeli tam papírové koule.

#### *Červenec 2014*

Začali jsme pracovat na mytí rukou. Pacientovi se začala rýsovat pracovní příležitost a tak se stala potřeba vyrovnat se s toaletami aktuální a naléhavou. Pracovat by měl pracovat v prostoru s více lidmi (pravděpodobně open space) a tak se zde může předpokládat velký pohyb lidí. Na sezení pacient předvedl u umyvadla, jak probíhá mytí rukou podle jeho představ. Pacient má doma výlučně svůj ručník na ruce, ten použije vícekrát (ručník po sprše však použije pouze jedenkrát, pokud by se sprchoval ten samý den podruhé, musí být k dispozici jiný ručník). Pacient si dává hodně mýdla – 4 dávky. Na můj dotaz odpovídá, že to více pění a tak má pocit, že to i více čistí. Mytí se skládá ze 4 sad úkonů po 8 opakování, tzn. 32 pohybů. Pokud by jej někdo vyrušil a ztratil tak kontrolu nad prováděným rituálem, musí začít od začátku, to se stávalo, když někdo vešel na toaletu v minulém zaměstnání. Toto je zdrojem velkého stresu, jednak proto, že je ohrožena očista a také z toho důvodu, že si někdo může povšimnout jeho netradičního chování. Pacient do této doby nevěděl, kolikrát a jakým způsobem si ruce myje, prostě najednou ví, že je to dostačující. U mytí v ordinaci jsme to tedy spočítali. Zkusili jsme, že pacient bude počítat vědomě po dvou a mytí by se mělo zkrátit ještě na polovinu. V ordinaci mu to sice nešlo, ale alespoň si to vyzkoušel, a bude v tom pokračovat doma. Je možné, že se mu to nepodaří ani jednou do příštího sezení, ale budeme to zkoušet. Mnoho let se myje tímto způsobem, není reálné, že by s tím z minuty na minutu přestal. Jde o úkon, který budeme přeučovat dlouho, pacientovi jsem vysvětlila, že cílem našeho snažení je prozatím zkoušet různé způsoby mytí. Když jsme tyto možnosti probírali, narazili jsme na konkrétní případ jeho patologického symbolického myšlení. Pacient popisuje nenávist k číslu 3 a dodává, že nemá rád vlastně lichá čísla vůbec. *„Když jsem si řešil obsese ještě sám, dával jsem si limit tři opakování, abych měl alespoň nějakou hranici, bál jsem se, že se to bude zhoršovat a rozjíždět a já to pak budu dělat do nekonečna. Snažil jsem se to dělat méněkrát a tak jsem si řekl, že když to udělám potřetí umřu. Jenže se stalo to, že když jsem pak měl pocit, že něco dvakrát nestačí, udělat jsem to ještě dvakrát, takže vlastně čtyřikrát. Od té doby odmítá trojku v jakékoli kompulzi (strach ze smrti) a pro jistotu i jakékoli násobky trojky (zabezpečující chování).* Postupem času se negativní přístup k trojce rozšířil na neoblubu

vesměs všech lichých čísel. Na otázku, jak se to projevuje, říká, že nijak. Podstatné pro něho je, že tato čísla nemá rád a když si může v některých případech vybrat, raději zvolí číslo sudé.

Přímo se v takové chvíli nabízí téma **pověřivosti**. Z výzkumů víme, že v situacích, kdy chybí možnost řídit a ovládat situaci, zvyšuje se iluzorní vnímání, které definujeme jako identifikace koherentního smysluplného vzájemného vztahu mezi souborem náhodných či nesouvisejících podnětů, přičemž příčinná souvislost mezi nedostatkem kontroly a iluzorním vnímáním je snížena potvrzením já (Whitson, Galinsky, 2008). Pacient připouští, že pověřivý je skutečně a hodně. Netýká se to jen čísla 3, jak bylo popsáno výše, ale nemá radost a neslaví nic, dokud to nemá naprosto jasné. I s tématy běžné pověřivosti v lidské populaci má svou zkušenost. Neví z čeho se to vyvinulo, nepamatuje si, že by v jeho původní rodině bylo toto téma nějak významné. Pamatuje si jen, jak v roce 1996 vypadli Italové na mistrovství světa. Trenérovi tehdy vyčítali, že vyměnil vítězný tým před hlavním zápasem. Od té doby před důležitými situacemi či rozhodnutími raději nic nemění. Pověřiví lidé zpravidla vykazují známky nejistoty v životě, obávají se, že nemají věci plně pod kontrolou. Jsou to spíše externalisté (zde vzpomeňme na výsledek z Rotterovy I-E škály, kde nám pacient vyšel – sice těsně – jako externalita, seč se sám vnímá jako internalista), kteří tíhnou k danosti osudu a nechávají se více ovlivňovat zvenčí. Pacient potvrzuje, že pocit ztracené kontroly skutečně pociťuje a nejvíce se to týká jeho rukou (neví, kde se dotkl a proto je nosí v kapsách, aby byly pod kontrolou – je zde zcela patrný problém s vnímáním vlastního těla).

Mezi aktivity, které pacient zkoušel, patřilo minulý týden kolo a bazén. Dvakrát jeli s manželkou a dcerkou na kratší vyjížďku po okolí (nešlo o žádnou velkou fyzickou aktivitu, s tříletým dítětem to ani realizovat nelze, ale bylo dobré, že se dostal ven a něco dělal. Doporučila jsme mu, že příště může jet třeba před nimi kousek dopředu, vybrat cestu, kam pojedou dále a následně se zase „k holkám“ vrátit, aby měl možnost se trochu více projet. (Dcerku hlídá na kole samozřejmě manželka, pacient by s ní takhle sám ven nešel, aby byli oba dva na kole). Jeden večer ho vytáhl kamarád do hospody na jedno pivo, tak jel na kole. Sám z toho byl prý překvapený. Jednak se kamarád už dlouho neozval (dost možná to iniciovala manželka) a že vůbec šel a ještě na kole bylo pro něj prý skoro jako zcela něco nového. Dále vypráví o dni stráveném v bazénu na zahradě, byli tam s dcerkou a manželkou celý den, dokonce se podařilo, že se po bazénu opláchl venku pod sprchou a stačilo mu to. Večer se už nesprchoval, pouze si opláchl obličej. Na komplexní

psychologické vyšetření půjde někdy v červenci. Zatím není objednáno. Bylo by dobře, kdyby to stihl před nástupem do práce, aby si hned nemusel žádat o dovolenou, či náhradní volno, případně lékaře.

Na další sezení přišel pacient s manželkou i dcerou. Sděluje neutrálně, že příští týden nastupuje do práce. Budeme tedy ve spojení po e-mailu, až se mu pracovní doba trochu ustálí, domluvíme si, jak budou návštěvy pokračovat dále. V poslední době se zlepšil a s jistou hrdostí sděluje, co všechno již dokáže absolvovat a jak se popral s aktuálními problémy a pocity. Zapamatoval si, že vždy když si nebude jist, zda se něčeho, co považuje za nebezpečné nedotkl, vzpomene si na svou vlastní reakci u koše při naší vycházce. Tehdy reagoval velmi silně a to se vlastně koše ani nedotkl. Pokud bude řešit otázku dotknul - nedotknul (jako že ji řeší mnohokrát denně), může si být jist, že nedotknul, protože reakce na dotyk by byla ještě mnohem silnější. Pokud by ho tyto pochybnosti trápily a nedokázal by je ani na základě vzpomínky na prožitou epizodu s venkovním odpadkových košem odbourat, museli bychom přistoupit ke skutečnému reálnému dotyku, aby sám rozpoznal, jaký rozdíl bude pociťovat. Bylo by dobré, aby zkusil sofronizaci cvičit i třikrát denně, o víkendu by se to jistě mohlo podařit.

S manželkou v současné době podnikají různé akce, protože dcerku musí nějak zabavit, což je výborné i pro terapeutický apel v tomto směru (viz. shora). V uplynulém týdnu byli na výletě nedaleko za hranicemi v zábavním parku. Jeli vlastním autem, pacient měl na sobě pouze tričko, což normálně není možné (na sezení přišel v tričku a v lehkém svetrku, denní teplota byla toho dne asi 30 stupňů). Na otázku čím se to stalo, pokrčí manželka s úsměvem rameny a pacient říká, že neví. Prostě si ho vzal, ona mu neříkala, že si má vzít ještě něco. Cesta autem trvala asi 3 hodiny. Cestou z parkoviště do zábavního aquaparku narazili na mrtvou myš, obešel ji obloukem, ale více to neřešil. O mrtvé myši začala mluvit manželka, pacient sám na tento zážitek vůbec nevzpomněl. Dle manželky tam byl hodně uvolněný, doslova se tam vyřádil – tobogány, auta na elektrický pohon – celý den byl v takové pohodě, v jaké ho neviděla roky. (Pacient se navíc koupal vlastně na veřejném koupališti!) Když se vrátili domů proběhla sprcha 20 min., ale když si uvědomíme, že byl v chlorované vodě, navíc na veřejném koupališti, kde si dokonce lehal na lehátka, byl tam jen v plavkách a po cestě v tričku – je to obdivuhodný pokrok!

Manželka popisuje stav po operaci jako celkově sníženou úzkostnost v manželově prožívání. Ten takový stav neguje, říká, že se mu to osobně moc nezdá a dodává to na jeho příkladu úzkosti z rychlé jízdy. Dříve prý jezdil opatrněji, nyní jezdí dle manželčinyh slov

velmi odvážně, doslova „řeže zatáčky jako automobilový závodník“, s dcerou vzadu úplně lítají (radost z jízdy?, radost z toho mít něco pevně v rukou, ovládat?) Dceři jsou již 3 roky, takže by manželka mohla sedět s manželem vepředu. Dcera by mohla sedět sama vzadu, jako jiné děti jejího věku. Jiný příklad změny tendence k úzkosti, k pocitům strachu a podobně, vyjma symptomatologie OCD, se nepodařilo najít.

S dalšími pacientovými úspěchy jsem se seznámila hned na dalším sezení, kdy jsem zaznamenala a s potěšením vyslechla, jak byl schopen vlézt do bazénu i potom, co do něj nohama vlezla návštěva, když vynášela dítě z jejich bazénu. Po bazénu není nutné se sprchovat, to se stále daří uplatňovat, pouze se opláchne na zahradě ze sprchy či hadice, protože se přece jen dává do bazénu nějaká ta chemie na udržení stálosti vody. Vrátili jsme se také ke sprše po návštěvě veřejného koupaliště, která je v pořádku – je tam vysoký pohyb lidí a voda je značně chlоровaná, takže umýt se mýdlem je na místě, ale rozhodně není důvod k tomu, aby bylo mytí delší nebo důraznější.

Co se však stále nedaří je zkrátit mytí rukou. Zafixovaná sada 4 x 8 (tedy 32 úkonů) pod velkým množstvím gelu (4 stisky dávkovače) a s vodou silně tekoucím proudem přímo z vodovodní baterie a po celou dobu mytí rukou, představuje zatím nepřekonatelnou oblast. Pokus o jakýkoli jiný manévr vyvolával v pacientovi spíše stres, což způsobilo, že se na mytí dostatečně nesoustředil a následně se myl ještě déle. Zkoušeli jsme úkony změnit v pořadí, vymýšleli jejich obdobu, zkoušeli počítat nahlas po dvou, umýt si ruce v představě a pak si je jen opláchnout.....úspěšné nebylo nic. V některých případech se podařilo pouze to, že ruce si pacient umyje pouze pod tekoucí vodou, bez použití mýdla. Obdobně se nedaří časově stáhnout ani sprchování (u které už mimochodem manželka nemusí asistovat), ale i tady je určitá modifikace, kterou pacient nedovede vysvětlit, nicméně ji praktikuje : a sice, že pokud je celý den doma, sprcha pro něj není nutná a to dokonce i několik dní za sebou, byť připouští, že už si pak moc nevoní. Toto zjištění bylo tedy dvousečné. Radost z možnosti, že se u pacienta zlepšují normativní schopnosti ve věcech očisty těla, vystřídala úvaha nad možnou (a dost možná kompletní) odchylkou vnímání hygienických procedur, které jsou tak prováděny ne se záměrem očisty povrchu těla (kam řadíme určitě i vlastní pot), ale výhradně z důvodu kontaminačních obsesí, kde nejde v první řadě o očistu jako takovou, ale o zničení kontaminačních činitelů a tím kladení překážek možného fyziologicky nevratného poškození nebo i smrti, jež by mohla být takovým poškozením ve svém důsledku způsobena. Začali jsme tedy při sezeních mluvit o fyziologické schránce naše vědomí, o těle, které je hranicí mezi námi a okolním



světem. Tuto hranici pacient hlídá tím, že ji čistí a pečuje o ní, ale musí ji také posilovat. Přílišným dřením, přílišnou péčí ji oslabuje, tak jako eroze oslabuje i mnohem tvrdší materiál např. skály. Ozřejmili jsme si, že tělo má ve svých genech nastaven program pro homeostázu a také obranyschopnost, k čemuž ale musí mít vhodné podmínky, tedy energii a čas. Začali jsme proto pracovat na tématu imunita, znovu byl zdůrazněn princip relaxace (kam spadá i sofronizace) a zasazen do kontextu péče o zdraví, zdravou psychiku a obranyschopnost. Jelikož se nám nepodařilo omezit v některých případech samotné mytí, zkusili jsme probírat cestu do práce a konfrontovat ji se samotnou podstatou kontaminace a schopností organismu se bránit. Odolný organismus bude schopen zvládnout kontakt s nečistotou sám. Tak jako je to u jeho malé dcery se však organismus musí imunitě naučit, což lze pouze za těch okolností, že se se „špínou“ bude konfrontovat a pokožka bude zdravá (v tuto dobu již má kůži na ruku na pohled v pořádku, na dotyk nepůsobí „přesušeně a papírově“, jako tomu bylo v době před operacemi. Sám vidí, že dcerka prospívá, nic zlého se jí neděje a to i přes, dle jeho názoru, nedostatečnou hygienu. Nežijeme ve sterilním prostředí, ani bychom dost dobře nemohli. Jsme součástí určitého ekosystému a jsme dobře vyzbrojeni k životu v těchto podmínkách, pokud vše funguje jak má. Vysvětlili jsme si, že bakterie nejsou synonymem zla. Jsou to právě bakterie, které nás chrání, neboť jsou součástí naší mikroflóry ve střevě, kterou můžeme označit za základnu naší imunity. Probrali jsme také principy zdravého způsobu života.

Jako nezbytné se jeví při terapii obsedantně kompulzivní poruchy potřeba odlišit symptom OCD (tj. k čemu je nucen obsesemi) od sebe samého, tedy jasně vymezit, co je obrazem poruchy, což nemusí být jednoduché, zejména u případu osob dlouho bojujících s touto poruchou, žijících samostatně nebo s již důkladně vypracovaným a provázaným systémem obsesí a kompulzí. Odlišením symptomů (edukací běžného způsobu provádění každodenních činností) jsme po operaci de facto začali. Pacient popisoval svůj běžný den a z mé strany mu byly jeho situace popisovány bez přítomnosti vlivu OCD. S tímto uměl pacient velmi dobře pracovat a sám se naučil odlišovat, co je symptomatologií poruchy. Jen občas se u některých činnostech vyskytly pochybnosti, Dohodli jsme se s pacientem tedy na následujícím pravidle:

- 1) ruce jsou na pohled zašpiněné = voda + mýdlo
- 2) po použití toalety = voda + mýdlo
- 3) příchod z venku domů, pokud venku s něčím pracoval = voda + mýdlo
- 4) v ostatních případech postačí ruce opláchnout, bude-li nutkání si je omýt

Tyto instrukce se jeví jako dostačující, vzhledem k tomu, že pacient se téměř s ničím nedostává do kontaktu.

Po celou dobu sledování tohoto případu bylo zjevné z chování pacienta, že osobnostně jde o introvertní typ, navíc s určitou zvýšenou únavností a nedostatkem energie až nechutí do jakékoli činnosti navíc. Sice nemáme zatím k dispozici výsledky vyšetření po druhé kapsulotomii, ale vzhledem k tomu, že takové chování bylo patrné i v předoperačním období, není důvod se domnívat, že by šlo o následek zásahu na mozku. Z toho vyplývá, že pacient má buď snížený (vyčerpaný) energetický potenciál nebo se tak říkajíc usadil ve své nemoci. Dohodli jsme se, že si vymyslí a zrealizuje činnost doma, kterou by vykonával a pomohl tak manželce, na níž leží veškerá péče o rodinu a dům. Pacient příliš aktivity nevyvinul, navrhla jsem tedy luxování, které je ještě v rámci péče o dům „nejčistší“ a navíc se neprovádí celý den. Pacient se na tento návrh netvářil příliš vstřícně, ale uznal, že oproti mytí nádobí, praní prádla, sekání zahrady atd. je to ještě relativně dobrá práce.

#### *Srpen a září 2014*

Pacient je v práci spokojen, náplň práce mu vyhovuje. Vlakem nejedí (jak původně bylo zamýšleno a k čemu jsme také zkoušeli zaměřit aktivity, zvládl by již i cestu metrem), nabídli mu parkovací místo, takže jezdí autem a manželka dál vlakem. Část cesty by měli společnou, ale pak by musel asi dvakrát přestupovat v rámci regionální dopravy, takže je to takto pohodlnější.

Pracovním prostorem je open space, ale momentálně s cca 10 lidmi (celková kapacita asi 30, s celkovým zaplněním pracovních míst se do budoucna počítá), přičemž pacient sedí v oddělené kanceláři pro 6 lidí a zatím je tam sám nebo s dalším kolegou, takže prostor zvládá bez větších obtíží včetně toalet, kde není takový pohyb lidí, takže svoje mytí „32“ je tam schopen provést v klidu. Ptala jsem se na pití a stravování. Zatím je bez problému. Vozí si vlastní 1,5 litrovou PET láhev poděbradky, kterou téměř vypije. Navíc mají v kuchyňce kávovar na hotovou kávu, kam si chodí pro cappuccino. Veřejné stravování zvládne nebo si nosí vlastní. Na pooperační vyšetření se objedná nejdříve v říjnu, teď ještě nechce žádat o dovolenou. Relaxaci cvičí 1 x denně, cca v 18 hodin, když dorazí domů a následně na 30 minut až 1 hodinu usne. Vzhledem k tomu, že popisuje problémy se vstáváním, vysvětluji, že se mi tento postup nezdá úplně vhodný. Když nepracoval, chodil spát kolem 23 hodiny (takto chodí spát i dnes), ale vstával mezi 9:00 a 10:00 hodinou ráno, zatímco nyní vstává 7:00 hodin. To znamená o 2-3 hodiny spánku méně. Pokud tedy

opravdu potřebuje spát 10 hodin, aby byl schopen intelektuální práce a neusínal v zaměstnání, musí chodit spát dřív. Navíc, pokud se dostatečně osvěží spánkem, snáze vydrží dlouho vzhůru a hůře by se mu usínalo, pokud by šel spát dřív. Vysvětlili jsme si podrobně, jaká potřeba spánku je obecně a jaké jsou další podmínky zdravého a dostatečného spánku. Lepší by bylo, kdyby se věnoval nějaké aktivitě (pomoc manželce, péče o dceru – i za cenu nějakých ochranných pomůcek) a neseďl si zase doma k počítači či herní konzoli. Relaxaci si může vyslechnout a zacvičit ji před spaním (příčemž se k spánku uloží dříve než ve 23:00 hodin) a pokud z ní přejde do fyziologického spánku, může v něm již zůstat. Takový spánek by mohl být pro něj i více osvěžujícím a je možné, že by se pak zkrátila i jeho doba. Otázkou zůstává, jaká je konkrétně pro něho resp. jeho organismus fyziologická potřeba spánku. Před několika lety byla provedena zkouška kvality spánku ve spánkové laboratoři Neurologické kliniky u prof. Šonky. Nebyla shledána žádná jasná anomálie a doporučeno, aby si pacient přizpůsobil svou životosprávu. Je otázkou, zda po neurochirurgickém zákroku nedošlo k nějakým změnám elektrické aktivity mozku a ve výhledu plánujeme další vyšetření EEG. Nesporné je, že fyzická aktivita je pro kvalitu spánku také důležitá, ale o tom jsme již hovořili na minulých sezeních. Pacient říká, že pozdě chodí spát proto, že se chtějí s manželkou užít, když dcera usne (19:00 – 20:00 hod.), bohužel toto „užívání se“ většinou zahrnuje společné sledování televize. Trávit čas s manželkou tedy může i tehdy, bude-li jí pomáhat vykonávat práce v domácnosti. U mladých rodin je běžné, že času stráveného s partnerem o samotě není mnoho, zvláště pokud nejsou přítomni na výpomoc s péčí o děti prarodiče.

Při dotazu na luxování odpověděl, že to se nepodařilo, ptám se na podrobnosti a dozvídám se, že když manželka chtěla, aby vyluxoval, dávali zrovna v televizi nějaké zajímavé pořady, takže když to neudělal hned, udělala to raději sama. Namítla jsem, že luxovat může klidně i jiný den než to vyžaduje manželka, pořady si mohl nahrát. Pacient se spiklenecky usmívá, přiznává pravdu, že se mu do toho nijak zvlášť nechtělo. Ptám se tedy, jak je to se sekáním trávy. Tu momentálně neseče, protože má alergii. U lékaře s tím ale nebyl. I když to byla alergie, bude to spíš na pyly, jelikož v květnu trávu sekal, dokonce ji vyhazoval do nádoby, která k tomu byla určena (pouze na posekanou trávu). Sdělila jsem mu tedy, jak to na mě celé působí a že si zvykl na to, že doma nic nedělat nemusí. Jako argument má svoje OCD, přitom mnoho z věcí již dokázal dělat a při sezeních a na otázku, zda chce něco probrat nebo co se vyskytlo za problém v uplynulém týdnu, nezmínil nic. Vyhýbá se i činnostem, které jsme cvičili a již je nedělá nebo je

nedokáže praktikovat a neumí upřesnit a ani zdůvodnit, co mu to v tom brání. Paradoxním zdůvodněním v jeho podání je, „že to manželka udělá lépe či rychleji“. Za nižším energetickým potenciálem se tedy může dost možná skrývat i určitá lenost a rozhodně je třeba omezovat tendenci k vyhýbavému chování. Dost možná jde o určitou stagnující tendenci v procesu léčby/terapie, proto jsme do konce září upevňovali naučené dovednosti, vrátili jsme k tomu, co již dokázal a pacient měl za úkol, zahrnout tyto činnosti běžně do svého života. Jsou zde totiž důvodné obavy, že nápor, který manželka až obdivuhodně zvládá po několik let, může její síly nadobro vyčerpat a to jak po fyzické tak psychické stránce. To nejhorší mají pravděpodobně za sebou díky kapsulotomii, ale po přečtení této práce musí být každému zřejmé, jak náročný život je s partnerem trpícím těžkou formou OCD. Manželka pracuje na poloviční úvazek, pečuje o 3-letou dcerku a další nemalou pozornost vyžaduje její manžel, k tomu péče o dům a běžné každodenní činnosti spojené s chodem domácnosti, v níž partner není prakticky účasten ba spíše další práci manželce generuje (viz. každodenní praní). Při dotazu na další dítě manželka pochopitelně kategoricky tuto možnost odmítá. Už takhle je to pro ni neúnosně náročné. Před operací zažívala stavy, kdy měla pocit, že už prostě dál nemůže, její vyčerpání bylo závažné jak po psychické, tak tělesné stránce. Je však velmi trpělivá a obětavá. Momentálně je nadšena z posunu, který u manžela vidí a hodně se zlepšila její kvalita života. Nabízí se ovšem otázka (která při kontaktu s manželkou – o němž mimochodem pacient vždy věděl – nikdy zatím nepadla) jak dlouho se dá i tato byť zlepšená situace pro další život udržet. Nadšení z veliké změny, která se však běžné normě života ani nepřibližuje, zcela jistě vyprchá, dá se předpokládat, že úlevu, kterou přinesla pozitivní změna v obsesivně-kompulzivní symptomatologii (za předpokladu, že se tento stav podaří minimálně udržet), pro život manželky časem vyplní vyrůstající dcera, která bude vyžadovat více času a rovněž zaměstnání, v němž se snaží uspět a budovat svou kariéru. Jsou to otázky možná předčasné, do vývoje může zasáhnout mnoho okolností v průběhu času, ale právě takovéto otázky nám pomáhají si uvědomit, že tu nejde pouze o jediný lidský osud a že terapii nebo minimálně podporu a vyjádření obdivu, ohodnocení vynakládaného úsilí je třeba směřovat do širšího okolí.

Vzhledem k tomu, že pacient půjde na psychologické vyšetření (v rámci něhož jsme chtěli požádat i o testové vyšetření osobnosti) až po ukončení této práce a nelze odhadnout, kdy k tomu skutečně dojde, vyplnil pacient sebeposuzovací inventář stylů osobnosti a poruch osobnosti - PSSI. Od něj jsem si slibovala zachycení osobnostního stylu pacienta a

poukázání na některé možné výrazné odchylky rysech pacienta, které by mohly problematiku OCD udržovat či ji činit obtížněji zvládnutelnou. V některých oblastech jako je určitá obranná „staženost“ až introverze, menší míra sebejistoty nebo naopak vysoká ostražitost až senzitivní vztahovačnost, se to přímo nabízí. V některých oblastech jako je určitá staženost až introverze, menší míra sebejistoty nebo naopak vysoká ostražitost se to přímo nabízí a z výše popsaného se tyto charakteristiky dají nepřímou dovodit. Výsledky testu jsou blíže popsány v diskuzi.

### **Rekapitulace případu:**

Dvě po sobě následné neurochirurgické operace přinesly částečné zlepšení. Ustoupila úzkostná složka, naopak nastoupily obsesivní myšlenky a při jednotlivých terapeutických sezeních vystoupily na povrch některé povahové rysy (introverze, pohodlnost, sklon k prokrastinaci, neprůbojnost), které kladly terapii překážky. Kompulze se nepatrně oslabily. Celkově lze hodnotit stav jako zlepšení o 20 až 30% oproti původnímu stavu před oběma operacemi, což se obecně u OCD pokládá za situaci, kdy je možné hodnotit stav jako zlepšený.

### **Srovnání s obdobným případem, ale jiným pooperačním průběhem**

Nabízí se zde srovnání dvou případů (sledovaných a popsaných v diplomové práci), v nichž měla operace velmi rozdílný účinek a celá pooperační fáze se odvíjela odlišně.

U ženy (také VŠ) byla provedena pouze jedna operace stejného druhu, po ní následovalo zlepšení stavu. Ve srovnání s případem muže je tady zřejmá výhoda v životním stylu a zejména pak v osobnostním nastavení pacientky jako premorbidně otevřené, spíše extrovertní a společenské, tedy opak osobnosti muže. Projevila se také větší osobní aktivita, jak v rámci Po provedené operaci se postupně zlepšovaly a zmírňovaly i kompulze, soustředěné i v tomto případě na čistotu a vynášení odpadků. Od původního naprostého odmítání i pouhého dotyku, kdy odpadky musela vynášet druhá osoba, je zde již výrazné zlepšení, přetrvává občasné používání rukavic, ale není tu již přítomna úzkostná obava z následků. Pacientka běžně funguje v domácnosti, zajišťuje prakticky všechny aktivity, ( vaření, praní, péče o děti a úklid), s částečnou fakultativní pomocí manžela (přes týden pracuje v zahraničí). Je schopna vycházet s dětmi ven, věnovat se sportovnímu vyžití a i zábavě, aniž by děti něco mohly zpozorovat. Dokáže se chovat zcela přiměřeně a z tohoto hlediska i nenápadně. Kontakt, vzhledem k větší vzdálenosti a

nemožnosti pravidelné docházka do ambulance, se udržuje pomocí e-mailu. Od operace se stav více méně stabilizoval, v poslední době nebyla provedena ani magnetická rezonance mozku ani další kontrolní psychologické vyšetření na neurochirurgii. Pacientce se vrátil i její někdejší smysl pro humor, tvář je živá a reakce briskní a okamžité. Je schopna i o svém stavu žertovat a konstatuje, že předchozí psychologické vyšetření před operací a po operaci směřovalo spíše než na obtíže OCD na hodnocení její inteligence, což komentovala s určitou nadsázkou a slovy: „ *O tom ani nechci nic vědět*“... Subjektivně má pocit, že její mentální schopnosti zůstaly zachovány včetně paměti, byla by schopna opět se vrátit do své profese, dává však přednost péči o děti. Od jarních měsíců začala „ na sobě pracovat“, podrobuje se zácviku v sofronizační relaxaci, kterou má nahranou na CD a cvičí ji sama. Do ordinace již v podstatě nedochází, občasná návštěva bývá uskutečněna za účelem předpisu léků, které užívá zatím ve stejné udržovací dávce s možností v budoucnu vyzkoušet velmi pozvolné snižování dávky.

**Rekapitulace:** Po jedné provedené operaci se stav významně zlepšil, pacientka je schopna starat se o rodinu i děti a leží na ní velká zátěž, kterou prakticky zvládá. Vrací se jí i pozitivní rysy osobnosti ( lehká extroverze, pozitivní náhled na život, smysl pro humor a nadsázku). Rozpoznatelná je přiměřená sebekontrola i sebevědomí, aktivní přístup k chorobě. Ustoupily úzkosti a také kompulze má již částečně pod kontrolou. Operační zákrok s odstupem pokládá za úspěšný.

Zde tedy můžeme konstatovat, že již po jedné provedené operaci se stav významně zlepšil, je schopna zvládat nároky občanského a rodinného života a vyrovnávat se i s nepříznivými okamžiky. Rodinný život se stabilizoval. Z dlouhodobého hlediska pacientka uvádí zlepšení o 60 až 70 %

## 6. Diskuze

Aktuální situace pacienta, kdy je nucen svou výkonnost zvyšovat až na samý okraj pro něj možné snesitelnosti, nás přivedla na myšlenku využití relaxace. Z původně doprovodné techniky, která by pomohla pacientovi alespoň na chvíli uvolnit psychické napětí a očekávání, se vyvinula nosná konstrukce naší další práce s pacientem. Návčik však vyžaduje čas a trpělivost, není to jednoznačná pilulka, kterou je možné spolknout a postižený se uvolní a vzpamatuje. Autogenní výcvik jako asi nejznámější metoda se

nabízel, ale tato technika vyžaduje určitou sebekázeň a je náročnější na zácvik, protože vyžaduje více vůle a aktivity. Zejména pro potřebnou disciplinovanost vyhovuje tento typ relaxace spíše germánským národům. V románských národech zase dominuje sofronizace, a protože s ní máme v ordinaci dobré zkušenosti a nevyžaduje oproti autogennímu výcviku tolik vlastní aktivity, rozhodli jsme se, že ji v případě našeho pacienta zkusíme využít. Zácvik probíhal v ordinaci a pokračoval prostřednictvím relaxace nahrané na CD. Poté, co se začala situace pacienta zlepšovat, vedlo nás nadšení z úspěchu k dalšímu kroku. Tím byla úprava textu sofronizace přímo pro osoby s OCD. Samozřejmě je tu určitá možnost, že se zlepšení stavu nemuselo nutně dostavit jako účinek relaxačních cvičení. Na své kvantitativní ověření účinnosti u těžkých forem OCD tedy sofronizace ještě čeká. Profesor Lindquist (Atkins, 2009) sice uvádí, že: „po neurochirurgickém zákroku může trvat až jeden rok, než uvidíme zlepšení“, ale v tomto případě pro domněnku, že pokroky pacienta nejsou způsobeny pouze účinkem kapsulotomie a že se na nich podílí sofronizace svědčí hned několik skutečností. Pacient se po první kapsulotomii (květen 2012) výrazně zlepšil, subjektivně i objektivně bylo popisováno 3 měsíce po zákroku zlepšení až o 70% (viz. diplomová práce). Stav panické hrůzy se zlepšily a tak i zůstaly, ale obsesivní myšlenky se vrátily a to v takové míře, že bylo rozhodnuto o reoperaci. V období 17 měsíců od operace, se pacient vrátil v Y-BOCS skóre do závažné formy. V tu dobu pacient udává subjektivní zlepšení už asi jen ve 30% (tedy úbytek o 40%!). Účinek operace se tedy jeví jako sestupný – výrazné zlepšení krátce po zákroku s pomalou vyhasínající a návratnou tendencí k původnímu stavu. Po reoperaci (rozšíření původní léze) pacient popisuje opět výrazné zlepšení krátce po chirurgickém zásahu, kdy mu nevadilo hodně věcí, ale opět se tento expandující účinek trochu utlumil, v čemž už lze najít určitý mechanismus reakce pacientova organismu na kapsulotomii, který byl ale pokaždé orientovaný zejména na emoční stránku – úzkosti, panické stavy a doprovodné fyziologické reakce organismu. Obsesivní myšlenky nebyly vyjma prvních několika dnů po zákroku nijak ovlivněny. Takové okamžiky se začaly objevovat až po zahájení nácviku sofronizace, respektive v době, kdy literatura uvádí první možné účinky. Můžeme zde dovést tedy minimálně časovou souvislost, ale i předmětnou souvislost stran obsesivních myšlenek.

PSSI vneslo světlo do případu tím, že zjištěním významných odchylek od běžné normy populace (zde je potřeba upozornit, že i vysoké skóre u PSSI samy o sobě nestačí k diagnostice poruch osobnosti v plném významu tohoto termínu) lze dovést některé z možných udržovacích principů OCD i v případě našeho pacienta. V jeho osobnosti jsou

shledány dle výsledů PSSI výrazné tendence k sebekritice a kritičnosti vůbec, což koresponduje s jím pocíťovanou sebenejistotou. Tu pacient popisoval ve svém chování a to již od dětství – viz. diplomová práce). Vysoká míra loajality, může hraničit v některých jeho projevech až se závislým chováním. I takovéto obrazy lze dohledat v chování pacienta. Tendence k depresivitě, která pacienta ohrožuje prostřednictvím jeho výrazně klidného stylu prožívání a jednání (a to i v situacích velmi stresových, jak jsem se přesvědčila při práci s pacientem), může představovat riziko v budoucnu, pokud se léčba nebude vyvíjet pozitivním směrem. Depresivita byla zjištěna i Cornel indexem na počátku našich sezení a u osob s OCD představuje častou komorbidní komplikaci. Riziko sebevražd je zde poměrně vysoké a je na místě tyto tendence mapovat (viz. Pidrman in Příkrýl 2008 nebo Hollander, Stein, Broatch et al., 1997), jelikož beznaděj vyvolává existenční otázky směrem k budoucnosti a u inteligentního a vzdělaného člověka, který podstoupil veškeré dostupné možnosti ovlivnění svých problémů, by v takovém v případě další progresu onemocnění mohla vést k chladné a logické kalkulaci a tím i k biickému suicidii. Svou roli jistě sehrává i délka trvání onemocnění, výhled na zlepšení stavu a povaha symptomů této úzkostné poruchy. U řady psychických onemocnění lze pocíťovaný stav, byť pouze úsekovitě zlepšovat – může také kolísat během dne, viz. úzkosti jsou nejhorší večer, deprese ráno – takovému člověku se alespoň epizodicky uleví. U celé řady psychických onemocnění však spíše trpí okolí než pacient. U osob s OCD je tlak permanentní na všechny strany a navíc je zachován náhled, to opět sekundárně traumatizuje. I když OCD přímo život neohrožuje, přináší do života obrovské změny a mnohdy jsou to útrapy mnohem horší, než u celé řady tělesných onemocnění. Rozptýlení myslí a vyvolání úlevových stavů od permanentního stresového stavu je v případech těžkých forem OCD prakticky nemožné. Například u nejčastějšího kontaminačního typu je jakákoli aktivita vlastně ohrožuje, protože se zhoršujícími se obsesemi, je kontaminované v jejich myslí prakticky cokoli. Pokud je stěžejním projevem např. arithmomanie či onomatomanie, nemá pacient kapacitu, věnovat pozornost čemukoli jinému v delším časovém úseku a komunikace se zde stává rovněž zcela nemožnou.

Velmi závažnou z výsledků PSSI se jeví nedůvěřivost, jež v tak vysokém dosaženém skóre poukazuje na možnou paranoiditu u pacienta (ve smyslu poruchy osobnosti). Paranoidní tendence lze však u našeho pacienta s OCD vysvětlit spíše jako zvýšenou senzitivitu. Zejména právě u kontaminačních typů bývá senzitivita popisována, obsese jsou de facto tvořeny na jejím základě, pokud bychom ovšem v tomto případě měli před sebou pacienta



s premorbidně paranoidní osobností (a zde se opět tak jako v předešlé diplomové práci, ukazuje, jak důležité je komplexní psychologické vyšetření zahrnující i vyšetření osobnosti), kterou ovšem dle záznamu z chorobopisu náš pacient nevykazoval, mohlo by se jednat o velmi důležitý aspekt s ohledem na závažnost, k níž onemocnění dospělo.

Nápadné hodnoty paranoidního příznaku v osobnosti zjištěné Cornell indexem a PSSI tedy upoutaly mou pozornost. V anamnéze pacienta však jakákoli zmínka nebo náznak v tomto ohledu chybí. Ani v rozhovorech jsme za celou dobu neobjevili cokoli, co by bludné vnímání obsahově naplňovalo. Na komplexní vyšetření pacienta stále čekáme. Vznesen bude požadavek na vyšetření osobnosti. Případně lze MMPI určit nozologický charakter alterace. Pokud by paranoia byla skutečně přítomna, podporuje to domněnku, že OCD vzniká na poli k tomu příznivému typu osobnosti, což by nemusela být nutně pouze nutkavě – precizní a úzkostná osobnost, nýbrž i vztahovačně senzitivní až tedy paranoidní. V takovém případě by nemělo zásadní význam hledat spouštěč OCD. Zásadním významem pro ataku OCD by měla osobnostní patologie a snížená rezistence. Pokud se nebudeme tvrdohlavě držet kauzality či kauzálního determinismu v tom smyslu, že určitá situace či souhra více událostí, nemohla způsobit v danou chvíli nic jiného než právě OCD a připustíme, že stejná situace a stejná souhra více událostí může vyvolat u různých lidí různé reakce (onemocnění), je možné na OCD nahlížet jako na jednu z variant, kterou se mohla projevit specifická souhra aktuálně spolupůsobících faktorů v životě pacienta. Tento směr uvažování nás opět vede k osobnosti pacienta a jeho aspektům života, prožívání, obranným mechanismům, typům vazby (viz. Bowlby) apod. V tomto ohledu by mohla být přínosná terapie psychoanalytického směru, které by zřejmě odhalila něco z toho, co zatím zůstalo při sezeních skryto (Např. u témat týkajících se primární rodiny je pacient velmi málo sdílný a nedokáže, nechce často specifikovat odpovědi na mé upřesňující otázky. Vzhledem k této tématické nechuti, se dá předpokládat, že je to oblast, která je pro pacienta nějakým způsobem – spíše asi negativním – nevyřešena. Může obsahovat informace, za které se pacient stydí, věci, které mu ublížily, zážitky, na něž nechce vzpomínat. Zde vycházím z poznatků, že pokud se při sezení takřikajíc „tne do živého“ pacient se zpravidla stáhne a takové téma je možné probrat až na některém z dalších sezení. Nelze si totiž nevšimnout nelogičnosti toho, že s osobou (muže), která se až do dospělosti nestyděla přijít pro pohlázení rodiče (matka), je těžké hovořit o rodině (člověk by předpokládal velmi vřelé vztahy). Psychoanalýza by tedy mohla být užitečná s ohledem na vývoj pacienta, pacientovy osobnosti, ale terapeutické účinky na

ovlivnění obsesivně-kompulzivní symptomatologie by s největší pravděpodobností neměla. Taková jsou dosud zjištění v této oblasti. Pacient navíc pro svou výraznou uzavřenost, introverzi a sníženou energičnost nenaplnuje předpoklady pro osobu vhodnou pro tuto terapii. Jako doplňková či nadstavbová terapie by ale pro další osobnostní růst pacienta mohla být časem vhodná, pokud by našel dostatečnou motivaci a potřebný čas.

Vysoké hodnoty deprese byly vysvětleny endogenními vlivy. Vzhledem k tomu, že pacient antidepresiva užívá z důvodu hlavní symptomatologie, je od počátku tato oblast oblast monitorována, ale nevyžadovala prozatím další zásah.

Pokud se vrátíme do doby první ataky OCD, pacient byl mladý člověk ve velmi stresovém prostředí právě v době, kdy se rozhodovalo o zásadních oblastech jeho dalšího života (ukončoval vysokou školu, snažil se o červený diplom, příprava svatby), což muselo prostřednictvím jeho introvertního a sebenejistého nastavení již tak unavený organismus ještě více vyčerpávat. V jeho primární rodině dominuje mezi osobnostními rysy úzkost, je tedy vysoká pravděpodobnost, že právě tento osobnostní rys zdědil a pravděpodobně tam nebyl nikdo, kdo by jej vybavil vhodnými obrannými mechanismy. Nabízí se i otázka, zda operace ještě více neprohloubila předchozí osobnostní rysy introverze a vnitřní svázanosti. Takové konstatování je však možné nejdříve cca rok po operaci, kdy se následky neurochirurgického zásahu v mozku ustálí. Pokud zjeme či vysvětlíme výše popisovanou paranoiditu jako senzitivní podezřívavost, která už zde skutečně mohla premorbidně být přítomna (na rozdíl od paranoidity, pro níž jsme nenašli opodstatnění). Objektivně zatím nejsou poznatky o tom, že by OCD měla potenciál měnit osobnost člověka, získáme takto však vysvětlení pro některé zjištěné okolnosti (pacient nevěří manželce, že si skutečně myje ruce, že mu skutečně pere věci každý den, jak vyžaduje, dále není spokojen, pokud při odchodu kontroluje dům jen manželka, musí to provést také, je nejistý v kontaktu s dcerkou, která se dotýká jiných dětí a věcí a může tak přenášet choroboplodné zárodky, a tak se postupně řetězí celá řada drobných nejistot a podezření).

Tím, že jsme přestali hledat spouštěč samotný, který je podle našeho názoru po roky rozvoje OCD překryt dokonalým zacyklením obsesí a kompulzí (navíc hluboko zakořeněných, vzhledem k tomu, že pacient ztratil pojem o tom, jak se některé činnosti vykonávají „normálně“), soustředili jsme se na boj s OCD v jiné rovině. Jestliže nelze nepřítele zapudit přímým a tvrdým úderem (za který lze předpokládat kapsulotomii, ale i nejčastěji účinnou KBT s farmakoterapií), nezbyvá než intervenovat nenásilně a po malých krůčcích spojovat malé úspěchy ve větší celky, někdy i za cenu jednoho krůčku dopředu a

dvou zpět, protože i poznání, že OCD na něco reaguje a že jsou změny možné, vzbudí v pacientovi pocit naděje, který je tak důležitý u chronických a vážných onemocnění. U složité struktury obsesivně-kompulzivní symptomatologie navíc při každém terapeutickém manévru narážíme na množství překážek a komplikací, což může zase na druhou stranu sloužit jako logické vysvětlení možných zhoršení v průběhu léčby, aby je pacient nevnímal jako pouhou postupující progresi.

Z výše popsaného se tedy domnívám, že **to co výrazně zhoršuje léčebné účinky terapeutického působení na pacienta, je jeho osobnostní konfigurace**, kde dominuje sebenejisté chování a tím umocňovaná loajalita jako obranný prostředek, s klidným až flegmatickým stylem prožívání, nízkou spontaneitou a vysokou nedůvěřivostí, která může hraničit až v paranoiditu. Nabízí se opakovaně i otázka, zda operace ještě více neprohloubila předchozí osobnostní rysy introverze a vnitřní svázanosti. Takové konstatování je však možné ověřit nejdříve cca rok po operaci, po níž se následky neurochirurgického zásahu v mozku ustálí. Ani americké zdroje, kde je zatím nejdelší zkušenost s těmito operacemi, však změnu osobnosti jako účinek tohoto zákroku zatím nepublikovaly.

Myšlení je pro pacienta v životě obecně velmi důležité. Jako analytik musí při svém povolání IT fungovat na vysoké úrovni a v podstatě bezchybně. Myšlení se projevilo jako stěžejní i při jeho konstruování obsesivně – kompulzivní symptomatologie. V podstatě se dá říci, že to, co mu umožňuje být dobrým v práci (jako bezpečnostní IT technik), jej však napomáhá udržovat v OCD. Předvídání rizika je důležitou náplní jeho práce a stejně tak zajišťující mechanismy – to je však základní mechanismus kontaminační formy OCD (anticipovat nebezpečí kontaminace a ubránit se, v ideálním případě předejít vůbec situaci, kdy by k ohrožení mohlo dojít). Pacient neuměl vysvětlit většinu aspektů samotného mytí, zkrátka „to tak dělal“. Od techniky myšlení nahlas (Hendl, 2005) při kompulzivních úkonech, jsem si slibovala nové poznatky týkající se právě mytí pacienta. Zážitkovou metodou, experimentální situací lze někdy doznat takových informací, které jsou i pacientovi běžně skryty a fungují na nevědomé úrovni, pod tíhou situace by je snad bylo možné identifikovat.. Nepodařilo se nám totiž za celou dobu léčby nijak zásadně změnit způsob mytí. V denním stacionáři se podařilo stáhnout hodinové (i delší) sprchování a 30ti minutové mytí rukou na časově únosnější míru, ale s tím se dále už podařilo pohnout. Ani další stacionář nepomohl. Technika myšlení nahlas se však nedala využít, pacient není schopen při kompulzích věnovat myšlení čemukoli jinému, jinak je výsledkem rozptýlená

pozornost, která vede k delšímu či opakovanému kompulzivnímu jednání. V případech pro něj velmi těžkých úkonů třeba vhození odpadku do koše, není schopen mluvit vůbec. Tak moc se potřebuje soustředit na své jednání, aby se neohrozil dotykem. Proto jsme se vydali nakonec cestou (a zatím v této tendenci v léčbě pokračujeme) opačnou a to minimalizovat případy, kdy se musí mýt, což se vcelku osvědčilo. Také je nutno konstatovat, že pacient má obecně menší schopnost nebo snahu verbalizovat svoje pocity, takže tato technika by byla vhodná pravděpodobně a zejména u více energických a extravertovaných typů pacientů s OCD. Z počátku byl pacient hodně stažený až nekomunikativní. Všechna sezení jsme zahajovali ale narativním rozhovorem o průběhu uplynulého týdne a pacient se tak postupně rozmluvil. I to může být způsobeno určitou stydlivostí, nejistotou a stažeností, která v jeho osobnosti dominuje. Což znovu vede k domněnce, že u těchto torpidních případů OCD by mělo být součástí psychologického vyšetření také vyšetření osobnosti. Dosud jsou předoperační a pooperační psychologická testování zaměřena zejména na inteligenci. To je pochopitelné s ohledem na složitost a rizikovost neurochirurgického zákroku. Také lze určitě hovořit o potřebě nově zavedené neurochirurgické léčebné metody vysvětlit i demonstrovat, že člověka nepoškodí v jiném směru a oblasti ve snaze odstranit aktuální symptomy, jak tomu bylo u kontroverzní lobotomie. I v tomto ohledu však vyšetření osobnosti může prospět. Jak uvádí profesor Lindquist (Atkins, 2009) asi 10% případů po operaci dočasně vykazuje letargii a ztrátu iniciativy. Což by se shodovalo s obrazem našeho pacienta, pokud bychom jej neměli v péči několik let a nemohli konstatovat, že utlumené až flegmatické prožívání bylo shledáno u pacienta již před operací. Pak zde může vzniknout riziko, bude-li předán po operaci takovýto člověk do péče nového zařízení či vyhledá nového psychiatra/psychologa/terapeuta, že člověk takto vystupující bude vnímán jako nedostatečně motivovaný, řekněme až bez zájmu na léčbě/terapii a bude tedy z další péče uvolněn či postupně přejde taková péče do ztracena. Hodně tato otázka souvisí s tématem následné péče, která by měla být určitým způsobem strukturovaná, tak, aby se nestalo, že osoba tak říkajíc propadne sítím. U osob, kterým by operativním způsobem byla určitá letargie vyvolána a kteří navíc nejsou dostatečně sociálně zasíťováni, to jistě není potřeba více zdůvodňovat. Domnívám se však, že se jedná o dosud nenaplněnou potřebu zahrnující všechny pacienty s OCD po neurochirurgickém zákroku. Důvodů vyvstalo hned několik. Jedním z nich je účinnost léčby. Ta se totiž pohybuje podle dosavadních publikovaných údajů mezi 40% - 60% (Pálová, 2008 nebo Atkins, 2009) ať už byla operace provedena jakoukoli formou (gama nůž, DBS, přední

cingulotomie). Francouzské výsledky jsou zatím pozitivnější, profesor Chabardes (Chabardes, 2014, osobní sdělení) uvádí zlepšení až v 80% případů. Tak jako jsme my v psychiatrické ambulanci s nadějí očekávali účinek operací, vkládali i samotní pacienti do zákroku velké naděje. Jak oba shodně uvedli, domnívali se, že se probudí a OCD bude pryč. Jak ukazují dosavadní citované výsledky těchto operací, OCD nelze takto vymazat ze života pacientů. Zlepšení jsou, nikdo ale zatím nekonkretizuje v jaké míře, typech obsesivně-kompulzivní symptomatologie, a jaké je také jejich trvání. To vše je samozřejmě dáno tím, že se s těmito operacemi u nás teprve začíná a v zahraničí absentuje dostatečná propojenost medicíny a psychologie s ohledem na tuto problematiku. Už nyní ale tedy víme, že ani neurochirurgie není samospásná metoda léčby a že je na to potřeba pacienta připravit, tak aby nebyl vystaven pocitům beznaděje, že i po podstoupení něčeho tak riskantního (pocit osobního rizika je u pacientů samozřejmě daleko vyšší než rizika vnímaná u tohoto zákroku operatéry), není možné OCD vyléčit. Z naší osobní znalosti dvou refrakterních forem OCD je provedená kapsulotomie úspěšná, pokud ji vnímáme jako zákrok, který v léčbě pomohl, nikoli léčbu vyřešil. Bohužel je však potřeba počítat i s tím, že nejenže pozitivní změna nenastane, ale může dojít dokonce ke zhoršení stavu, jak uvádí zkoumání na Royal College of psychiatry (NHS, 2011), kde se více než polovina případů (n = 478) OCD po neurochirurgickém zákroku zlepšila, ale celých 15 % nevykazovalo změnu nebo dokonce popisovalo subjektivně zhoršení stavu.

Situace, kdy jsme doznali, že k pozitivnímu zlepšení obou našich pacientů došlo, stala se pro nás velkou výzvou. Vždy totiž u těžkých a na běžnou léčbu nereagujících případů existuje možnost, že před sebou máme to smutné malé procento osob, kterým zkrátka i přes mezioborovou spolupráci neumíme dostatečně ulevit a jejichž problémy jsou aktuálně nad rámec dnešních znalostí a možností medicínsko-psychologické pomoci.

U našeho pacienta jsme narazili na problém, který potvrzuje poznatky amerických psychiatrů, zabývajících se terapií po provedeném neurochirurgickém zásahu (kteréhokoliv typu operace) a sice stavu, který můžeme nazvat prokrastinací či prostou lenností. Američané ji popisují zhruba u 10 % pacientů. V našem případě je ovšem zřejmé, že prvky takového přístupu k životu se objevovaly u pacienta S. již v osobnosti a při hlubší analýze vztahů v rodině je patrné, že pacient není „schopen“ a lépe řečeno ani předtím se nesnažil o větší osobní aktivitu, musel být ke všemu pobízen a sám se iniciativně žádné aktivitě nevěnoval. Nyní je to snad ještě zřejmější. Ke všem nabídkám se nestaví sice odmítavě, ale raději po návratu z práce jen sedí u televize, hraje hry a nevyhledává žádnou

jinou aktivitu. Zdá se, že by vhodná byla po operaci navazující intenzivní „psychiatricko psychologická rehalilitace“ podobně, jako se poskytuje třena při orthopedických operacích již běžně. V těchto případech by byla možnost využít i kombinované aktivizace v lázních (na příklad Třeboň, Jeseník), kde by se spojilo aktivizování těla vodoléčebenskými procedurami v kombinaci s aktivizací i psychických funkcí.

Vzhledem, že však dosud neexistuje jasné pravidlo pro přidělování lázeňských pobytů a náplně se mění, nelze tuto možnost plně a programově využít. Můžeme však předpokládat, že vzhledem k současným poznatkům by tato terapie v přímé návaznosti na provedený neurochirurgický zákrok byla přínosná.

## 7. Závěry

Neurochirurgie skýtá možnost významné až zásadní pomoci v léčbě refrakterní formy OCD. Očekávání pacienta v podobě absolutního vyléčení se však nenaplnila. Po několika měsících od operace se zlepšený stav začal zhoršovat a po 17 měsících došlo k reoperaci formou rozšíření původní léze. Již krátce po druhém zákroku bylo jasné, že pouhý neurochirurgický zákrok nevyřeší vše.

Ukázalo se, že návrat k doposud užívaným metodám, kterými pacient prošel nestačí, že je třeba začít rychle a co nejdříve hledat cestu, jak pokračovat v terapii, aby se využila rekonvalescence. Přitom je nutno nasadit pokud možno takové způsoby léčby, kterým bude pacient opět věřit a rychle mu přinesou úlevu. Z tohoto důvodu byla do terapie zařazena relaxační technika simplexní sofronizace, užívaná především v románských zemích. Byla vytvořena nahrávka relaxace „na míru“, aby ji měl pacient k dispozici a mohl, poměrně pohodlně cvičit komplexní uvolnění, tedy zklidnění psychiky a uvolnění těla.

Nepopíratelným a také pacientem uváděným úspěchem po reoperaci byl pokles úzkosti. Kompulze však zůstaly i nadále a nepodařilo se je zcela vymýtit, i když přece jen lehký pokles četnosti a délky kompulzí byl zaznamenán.

V chování pacienta se však zvýraznily rysy osobnosti, které zjevně byly do této doby více méně diskrétní a nepozorované (překryté dosavadní symptomatologií OCD), nebo jim nebyla věnována a připisována přiměřená důležitost. Na prvním místě to byla laxnost, pohodlnost, a možná i lenost. Objevily se i rysy naivní egocentričnosti a sobectví. Nutno přiznat, že na tom má značný podíl i pacientova žena, která trpělivě až otrocky po několik let naplňuje úkoly, v běžném manželství rozložené mezi oba partnery.

Důležitým zjištěním je fakt, že další následné přidružení obsesí a kompulzí po operaci nenastalo, pacient však uvedl zajímavý poznatek z předchozího výcviku KBT – vzhledem k četnosti stížností ostatních členů terapeutické skupiny na konkrétní příznak, si tento přibral za vlastní (dokonce dominující), který do té doby neměl – odpadkové koše a popelnice, tak od té doby musí obcházet a vytvářejí mu významné stavy úzkosti a obav.

Obtížné je i najít nějaké zásadní hodnoty, které by pacient vnímal jako pozitivní stimul, najít zájmy, záliby a koníčky – které prakticky nemá, vyjma sledování televize a hraní počítačových her. Problémy přetrvávají v pracovním procesu a je jen otázkou času, kdy v nynějším pracovním místě nenastanou potíže, vzhledem k nápadnostem, které okolí dříve nebo později zřejmě zpozoruje. Nelze očekávat že spolupracovníci budou kolegu vnímat pozitivně a budou ho chápat, spíše se stane cílem posměchu a možná i šikany. To jsou ovšem věci, které terapeut nemůže ovlivnit, může se pouze snažit odpodmiňovat příznaky a snížit zácvikem jejich náboj, což klade nároky na flexibilitu a tvůrčí schopnosti terapeuta, neboť je často nutno reagovat na aktuálně nové výzvy, které přináší skutečnost, že pacient odmítá invalidní důchod a snaží se udržet na pracovním trhu.

Tendence k chronickému odkládání povinností a určitá vyhybavost jsou dalšími osobnostními rysy, ale jsou dnes jen více patrné. Podle manželky bývaly znatelné i dříve.

Musíme si přiznat i fakt, že rodina může fungovat za popsané situace jen díky aktivitě a trpělivosti manželky a jestliže dojde k jejímu vyčerpání a ztrátě motivace, je možné, že se celý vztah zhroutí.

## **SOUHRN**

Tato práce navazuje na předchozí magisterskou práci, která sledovala dva případy operativní léčby OCD. Obecně lze konstatovat, že operativní neurochirurgická terapie přinesla novou naději zejména osobám, jejichž onemocnění OCD se nepodařilo při veškerém terapeutickém úsilí běžně užívanými terapeutickými prostředky zvládnout, ani kombinace farmak s výcvikem KBT efekt nepřinesla. Postupující progresi podle dosavadních poznatků neurochirurgie zastavila. Od podstoupení kapsulotomie nenasledla žádná nová obsesivní témata na původní symptomatologii. Nelze však neurochirurgický zákrok považovat za konečný a definitivní způsob léčby, přesto představuje zřejmě dosud

jedinou možností, jak refrakterní formy OCD učinit alespoň částečně vnímavými vůči dalším intervenčním způsobům léčby, jež by měly v následné péči o pacienta nastupovat záhy po zotavení ze zákroku. Systém následné péče není v těchto případech zatím v rámci zdravotnictví vytvořen. Psychologická vyšetření v souvislosti s operací zjišťují zejména úroveň inteligence. Přitom diagnostika osobnosti by v těchto torpidních případech mohla přinést cenné informace jak při hledání vhodné terapie, tak i z hlediska vysvětlení udržovacích faktorů OCD nebo i rezistence na léčebné postupy. Jako nosná technika v rámci pooperační péče se nám osvědčila sofronizace. Ta je dostupnou a snadno aplikovatelnou metodou, vedoucí ke snížení vnitřního psychického i tělesného napětí a je možné ji pružně přizpůsobit k postupnému odpodmiňování příznaků, či v tomto případě k zeslabování prožitku a puzení ke kompulzím.



Seznam použitých zdrojů a literatury:

- Atkins, L. (2009). A radical treatment for obsessive-compulsive disorder patients. The Guardian. Získáno z <http://www.theguardian.com>.
- Attwood, T. (2008). *The Complete guide to Asperger's syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Attwood, T. (2005). *Aspergerův syndrom. Porucha sociálních vztahů a komunikace*. Praha: Portál.
- Boomsma, D., Willemsen, C., Dolan, C., Hawkey, L., Cacioppo, J. (2005). Genetic and environmental contributions to loneliness in adults: The Netherlands twin register Study. *Behavior Genetics*. 35, 745 – 752.
- Bowlby, J. (1976). *Trennung. Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind*. München: Kindler.
- Caycedo, A. (1975). *Sofrología médica*. Bogotá: Aura.
- Cimický, J., Mounir, O. (2014). La dégradation des relations ou l'évolution inévitable? (dégradation fatale ou transformation inéluctable?). *Psy Cause*. 65, 62 – 65.
- Cooper M. (1996). Obsessive-compulsive disorder: effects on family members. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66: 296 – 304.
- Faleide, A.O., Lian, L.B., Faleide, E.K. (2010). *Vliv psychiky na zdraví*. Praha: Grada.
- Finzen, A. (1996). *Der Verwaltungsrat ist schizophren: Die Krankheit und das Stigma*. Bonn: Psychiatrie – Verlag.
- Flegr, J. (2011). *Pozor, Toxo!*. Praha: Academia.
- Guirao, M. (1976). *Anatomia de la Consciencia. Anatomia Sofrologica*. Barcelona: Andes Intemacional.
- Haumont, C. (1980). *Relaxation et de la sophrologie*. Verviers: Marabout.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
- Hollander, E., Stein, D.J., Broatch, J. et al (1997). A pharmacoeconomic and quality of life study of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrum*. 2, 16-25.
- Hosák, L., Šilhán, P., Hosáková, J. (2013). Genetika úzkostných poruch. *Psychiatrie pro praxi*. 14(1), 23-25.
- Kamarádová, D., Látalova, K., Praško, J., Grambal, A., Černá, M. (2013). Prediktory terapeutické odpovědi pacientů s panickou poruchou, sociální fobií a obsedantně-kompulzivní poruchou. *Sborník abstrakt*. Získáno z <http://files.lecbavpsychiatrii2013.cz>.

Kulišťák, P. (2011). *Neuropsychologie* (2.vyd.). Praha: Portál.

Livingston, J. D., Boyd, J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 7, 2150 – 2161. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.030.

Loussouarn, T. (1086). *Transformez votre vie par la sophrologie*. St-Jean-de-Braye: Dangles.

Liščák, R. a kol. (2009). *Radiochirurgie gama nožem*. Praha: Grada.

Malá, E, Růžičková, E., Šoltésová, D. (2002). Obsedantně kompulzivní porucha v dětství a adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98, 15-23.

NHS (2011). *Obsessive compulsive disorder – Treating obsessive compulsive disorder*. Získáno dne 16.7.2014 z <http://nhsinform.co.uk/health-library/>.

Ocisková, M., Sedláčková, Z., Praško, J., Černá, M., Jelenová, D., Kamarádová, D., Mainerová, B., Látalová, K. (2014). Stigmatizace u pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110(2), 82-87.

Pálová, E. (2008). Liečba obsedantno-kompulzívnej poruchy. *Psychiatria pre prax*. 9(3): 112 – 116.

Pedinielli, J-L., Bertagne, P. (2013). *Les névroses* (2.vyd.). Paris: Armand Colin.

Pidrman, V. (2008). Obsedantně – kompulzivní porucha a deprese. In Příkrýl, R. (ed.): *Deprese z různých úhlů pohledu III*. Praha: Galén, 59 – 73.

*Pověřivost vyrůstá z nedostatku kontroly nad situací*. (6. října 2008). Novinky.cz. Získáno z <http://www.noviny.cz/> dne 22.7.2014.

Praško, J. a kol. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc. Univerzita Palackého.

Praško, J., Mainerová, B., Divéky, T., Kamarádová, D., Jelenová, D., Grambal, A., Látalová, K., Sigmundová, Z., Šilhán, P. (2011). Panic disorder and stigmatization. *Activitas Nervosa Superior Rediviva*. 53(4):194 – 201.

Praško, J., Prašková, H. (2008). *Obsedantně – kompulzivní porucha a jak ji zvládat*. Praha: Galén.

Pujol, J., Soriano-Mas, C., Alonso, P., Dardoner, N., Menchón, J.M., Deus, J., Vallejo, J. (2004). Mapování změn struktury mozku u obsedantně-kompulzivní poruchy. *Archive of general psychiatry – České a slov. vyd.*, 2(4), 205-217.

- Sámková, J. (2014). *Dvě případové studie chirurgického řešení těžké formy obsedantně kompulzivní poruchy*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Svoboda, M. (2010). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šuba, J., Bogyaiová, S., Kopasová, S., Hradečná, Z., Böhmer, F. *Algoritmus léčby komplikovanej a nekomplikovanej OCD v detskom a adolescentnom veku*, *Psychiatrie*, ročník 9, 2005, supplementum 1, str. 52
- Talová, B., Látalová, K., Praško, J., Mainerová, B.(2014). Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*. 110 (1), 29-37.
- Theiner, P. (2014). Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství. *Pediatric pro praxi*. 15(1): 25 – 27.
- Thorová, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál.
- Tylová, V., Kuželová, H., Ptáček, R. (2014). Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská Psychiatrie*. 110(3), 151 – 157.
- Tress, W., Krusse, J., Ott, J. (2008). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
- Výrost, J., Slaměník, I. (1997). *Sociální psychologie – Sociálna psychológia*. Praha: ISV.
- Westenberg, H.G., Fineberg, N.A., Denys, D. (2007) Neurobiology of obsessive-compulsive disorder: serotonin and beyond. *CNS spektrum*. 12(2 Supplement 3), 14-27.
- Whitson, J.A., Galinsky, A.D. (2008). *Lacking control increases illusory pattern perception*. *Science*, 332 (5898), 115 – 117.
- WHO (1992). Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Získáno dne 1.1.2014 z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- WHO (2010). *International Classification of Diseases*. Získáno z <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
- Záleský, R., Pašková, B., Horáček, J., Novák, T., Bareš, M., Praško, J. (2005) Transkraniální magnetická stimulace u Tourettova syndromu s obsedantně-kompulzivní porucha a regionální mozkový metabolismus. *Psychiatrie*. 9(3) , 228-232.

Přílohy: CD se simplexní sofronizací pro potřeby OCD

# ABSTRAKT RIGORÓZNÍ PRÁCE

**Název práce:** Případová studie návazné a pokračující terapie u těžké formy OCD po neurochirurgickém zákroku

**Autor práce:** Mgr. et Mgr. Jiřina Sámková

**Počet stran a znaků:** 91 a 177 718

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 47

## **Abstrakt:**

Tato práce se zaměřuje především na případ těžké formy OCD, kdy bylo dvakrát po sobě přistoupeno k terapeutickému neurochirurgickému zákroku, přední kapsulotomii s rozšířenou lézí. Ihned po zákroku, který přinesl pouze částečnou úlevu a snížení úzkosti, bylo patrné, že je nutné navázat a pokračovat v terapii, protože samotný chirurgický zákrok není samospasitelný a nemůže naplnit očekávání pacienta ani terapeuta. Navíc i odpověď na zákrok je individuální a liší se celkovým osobnostním nastavením pacienta. Práce mapuje vývoj případu a hledání návaznosti, která by pomohla snížit intenzitu obtíží. Významně je zde rozpracovaná u nás málo známá metoda sofronizační relaxace, románské metody, užívané od šedesátých let minulého století především ve Španělsku a ve Francii, která spojuje uvolnění tělesné a psychické. Po zácvičku do relaxace navazují prvky KBT a pravidelná sezení. Studie nabízí pohled na náročnou oblast terapie, kde je třeba oboustranné trpělivosti a systematického úsilí, aby se stav po malých krůčcích dařilo posouvat k celkovému zlepšení.

**Klíčová slova:** farmakorezistentní obsedantně-kompulzivní porucha (OCD), kognitivně-behaviorální terapie, neurochirurgie, kapsulotomie, sofrologie

# ABSTRAKT OF THESIS

**Title:** Title: A case study of follow-up continual therapy for a severe form of OCD after neurosurgery

**Author:** Mgr. et Mgr. Jiřina Sámková

**Number of pages and characters:** 91 and 177 718

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 47

## **Abstract:**

This thesis is mainly focused on a case of severe OCD when it was twice proceeded with therapeutic neurosurgical intervention, front capsulotomy with extended lesions. A need for follow up and continuation of the therapy was evident immediately after the intervention bringing only partial relief and anxiety reduction due to the surgery alone not being a panacea and not meeting the expectations of either the patient or the therapist. Furthermore, response to treatment is individual and varies by the patient's overall personality setup. The thesis traces development of the case as well as the process of finding of continuities which would help reduce intensity of the difficulties. Significant elaboration is dedicated to a little-known method of sofrology-relaxation, a romance method used since the sixties of the last century especially in Spain and France which combines physical with mental relaxation. Initial training of the relaxation is followed by KBT elements and regular sessions. This case study offers insight into the demanding area of therapy where both sides need to be patient and systematic effort needs to be made to achieve overall improvement through small steps.

**Key words:** pharmacoresistant obsessive compulsive disorders, Cognitive Behaviour Therapy (CBT), neurosurgery, capsulotomy, sofrology